924

سلسلۂ مطبوعات جامعہ عثمانیہ

علم امراض النسا

مصنفہ

ٹی۔ واٹس ایڈن ایم۔ ڈی، سی۔ ایم (ایڈنبرگ) ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لندن) ایف۔ آر۔ سی۔ ایس (ایڈنبرگ) ایف۔ سی۔ او۔ جی

و

کتھبرٹ لاکیر ایم۔ ڈی، بی۔ ایس (لندن)، ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لندن)، ایف۔ آر۔ سی۔ ایس (ایڈنبرگ)، ایف۔ سی۔ او۔ جی

(چوتھا ایڈیشن)

از

ایچ۔ جیک۔ ونتھو وانٹ ہوسن ایم۔ ایل۔ ایم۔ ایس (لندن)، سی ایچ۔ ایم (برمنگھم)، ایف۔ آر۔ سی۔ ایس (انگلستان)، ایف۔ سی۔ او۔ جی، ایف۔ اے۔ سی۔ ایس (آنریری)

جلد اوّل

معہ ۵ صفحہ جات رنگین و ۲۲۴ تصاویر متن

مترجمہ

ڈاکٹر غلام دستگیر صاحب ایم۔ بی۔ بی۔ ایس منشی فاضل رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ جامعہ عثمانیہ سرکار عالی

سنہ ۱۳۵۵ھ م سنہ ۱۳۴۵ف م سنہ ۱۹۳۶ء

دار الطبع جامعہ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن



رحم اور زوائد کا خلفی منظر جس سے تناسلی خطہ کی صعودی سرایت کے نتائج ظاہر ہوتے ہیں۔ دائیں نلوپی نلی میں معتد بہ کلانی پائی جاتی ہے۔ اور اس میں مزمن نبولی اجتماع ریم (chronic pyosalpinx) موجود ہے۔ اس نلی کا متسع انتفاخی حصہ التصاقات سے رحم کی پچھلی دیوار کے ساتھ منضم ہے۔ بائیں نلوپی نلی میں نسبۃً کم درجہ کے التہابی تغیرات پائے جاتے ہیں۔ بائیں مبیض اور اس کے متناظر قرن رحم کے درمیان کے التصاقات جوفی التہاب باریطون کا آخری نتیجہ ہیں۔

(یونیورسٹی آف برمنگھم، گائی نیکولوجیکل میوزیم۔)

فہرست مضامین

حصّہ اول۔ تمہیدی

صفحہ

حصہ دوم ۔ عمومی امراض النسا

صفحہ

صفحہ

حصہ سوم۔ خصلی امراض النسا

صفحہ نمبر

رنگین صفحہ جات کی فہرست

علم امراض النسا

حصہ اوّل

تمہیدی

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

حصّہ اول ۔ باب اوّل

تشریح

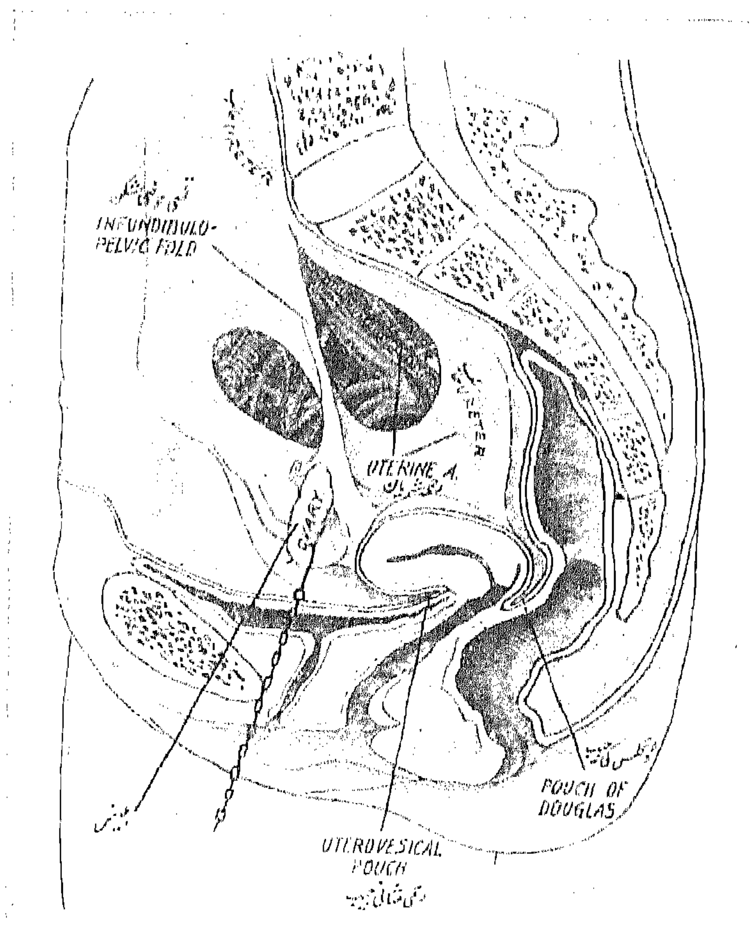
نسوانی اعضائے تناسل کی تشریح اور انکا نمو

زنانہ کہفہ حوض کی عمومی تشریح

حقیقی کہفہ حوض شکمی یا باریطونی عمومی کہفہ کا زیرترین حصہ ہے، بالائی جانب سے یہ حوض کی گگر 3
سے اور زیرین جانب سے یہ حوضی ڈایافرام (pelvic diaphragm) سے محدود ہوتا ہے۔
اس کہفہ میں مبیضین، مثانہ، رحم، فلوپی نلیاں (Fallopian tubes)، اور معائے مستقیم کا
بالائی حصہ پائے جاتے ہیں، اور سوائے مبیضین کے یہ سب باریطون سے کم و بیش مکمل طور پر محصور
ہوتے ہیں۔ نیز غلیم یعنی معدی قولونی ثرب (gastro-colic omentum) کا زیرترین حصہ،
لفائفی (ileum) کی کچھ گنڈلیاں اور حوضی قولون (pelvic colon) کا ایک جزبھی اس کے
طبعی مشمولات سے ہیں۔ علاوہ ازیں یہ بھی یاد رکھنا چاہیئے کہ بعض حالتوں میں زائدۂ دودیہ
(vermiform appendix) حوض کی گگر کے اوپر آویزاں ہوتا ہے، اور دائیں مبیض اور
دائیں فلوپی نلی کے بیرونی حصہ کے بہت قریب ہوتا ہے۔ مبال (urethra)، مہبل (vagina)
اور مستقیمی انتفاخ (rectal ampulla) معہ قنال مبرز کے حوضی ڈایافرام سے گزر کر مجات

(perineum) میں کھلتے ہیں ۔ یہ حصے باریطونی انعکاس سے نیچے واقع ہوتے ہیں اور تولیدی نظام کے اعضائے تناسلی اور معوی جھلیوں کو ظاہر کرتے ہیں ۔ طبعی حوض کی وسطانی سہمی تراش سے زیادہ اہم اعضا کے باہمی عمومی تعلقات کا پتہ چلتا ہے (شکل ۱ و ۲) ۔ عانہ (pubes) کے عین پیچھے مثانہ واقع ہے اور ان کے درمیان تھوڑی سی ڈھیلی عروق دار اتصالی بافت حائل ہوتی ہے ۔ مبال کی شکل ایک تنگ نجری کی سی دکھائی دیتی ہے جس کا رخ اس کے بالائی ایک تہائی حصہ میں عین نیچے کی طرف کو ہے اور نیچے کے دو تہائی حصوں میں یہ خم کھاکر نیچے اور سامنے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور بولی منفذ (meatus urinarius) پر ختم ہوتا ہے ۔ مثانہ کے پیچھے رحم واقع ہے اور ان کو ایک باریطونی انعکاس ایک دوسرے سے علیحدہ کرتا ہے لیکن انعکاس مذکور کے لیول کے نیچے یہ ایک دوسرے سے تھوڑے سے زیر خلوی بافت کے ذریعہ سے متحد ہیں ۔ مہبل کا رخ نیچے کی اور سامنے کی طرف کو ہے اور یہ فرج (vulva) پر ختم ہوتی ہے ۔ اس کی اگلی طرف مثانہ اور مبال ہے اور پچھلی طرف معائے مستقیم کی سامنے کی دیوار سے خلوی اور لیفی بافت کی ایک تغیر پذیر مقدار کے ذریعہ سے پیوستہ ہوتی ہے ۔ مہبل کی سامنے کی دیوار کا زیریں ایک تہائی حصہ مبال کی پچھلی دیوار سے نہایت مضبوطی سے جڑا ہوتا ہے اور اس لئے ان ساختوں کا علیحدہ کرنا مشکل ہوتا ہے ۔ جو ساختیں خلوی بافت کے مستویوں سے ایک دوسرے سے ملی ہوتی ہیں ان کو ان کی وجہ سے بذریعہ تقطیع ایک دوسرے سے علیحدہ کرنا آسان ہوتا ہے ۔ اور ایسے مقامات پر جہاں کوئی خلوی بافت نہیں پائی جاتی متعلقہ اعضا کا علیحدہ کرنا زیادہ مشکل ہوتا ہے اور اس لئے عملیہ کے دوران میں ان کو ضرر پہنچنے کا اندیشہ ہوتا ہے ۔

رحم کے پیچھے ایک وسیع باریطونی فضا ہوتی ہے جس کے مشمولات ــــ ترب (omentum) معائے صغیر اور حوضی قولون شکل ۳ میں دور کردئے گئے ہیں ۔ اس فضا کی پچھلی طرف عجز (sacrum) کی اگلی جانب تک پہنچتی ہے اور اس کی تحتانی جانب معائے مستقیم سے علاقہ رکھتی ہے ۔ معائے مستقیم اور رحمی مہبلی مقام اتصال کے درمیان اس فضا کے فرش کے زیریں 4
حصہ میں ایک عمیق باریطونی حفرہ ہوتا ہے جس کو ماہرین تشریح پاؤچ آف ڈگلس (pouch of Douglas) (ڈگلس کی جیب) کے نام سے تعبیر کرتے ہیں ۔ حمل کے دوران میں اس موخر باریطونی جیب کی گہرائی بہت بڑھ جاتی ہے کیونکہ رحم بڑھ کر وسیع ہوجاتا ہے اور باریطونیا اس محل پر اپنی ہم پہلو بافتوں سے منعکس ہوتا ہے ۔

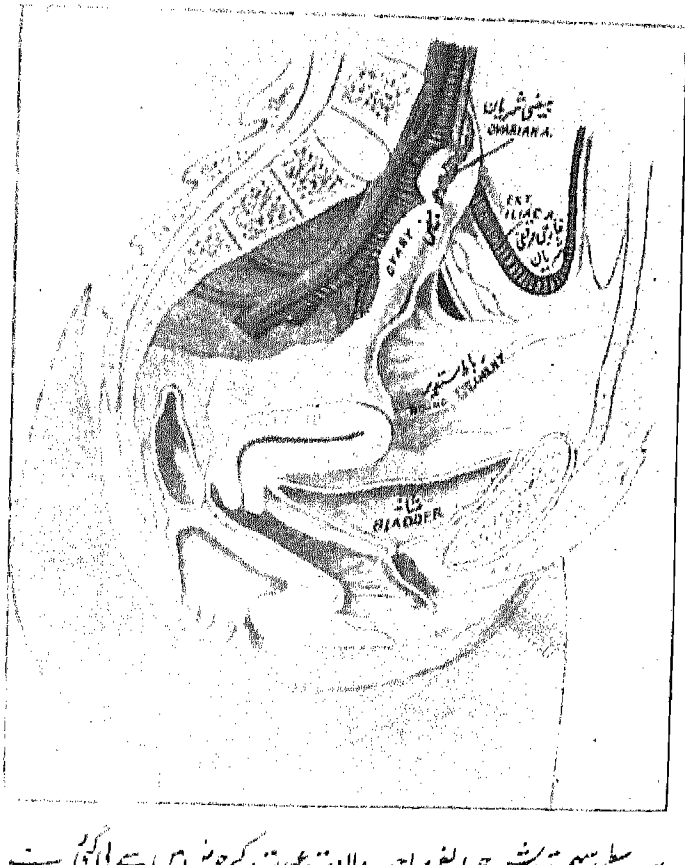


شکل ۱۔ وسطانی سہمی تراش جو بالغ عدیم الولادت عورت کے حوض میں سے لی گئی ہے
(پائیریئر :Poirier)۔

حوضی باریطون اور خلوی بافت

باریطون۔ وسطانی سہمی تراش میں (دیکھو شکل ۱ و ۲) باریطون کا تعاقب مقدم

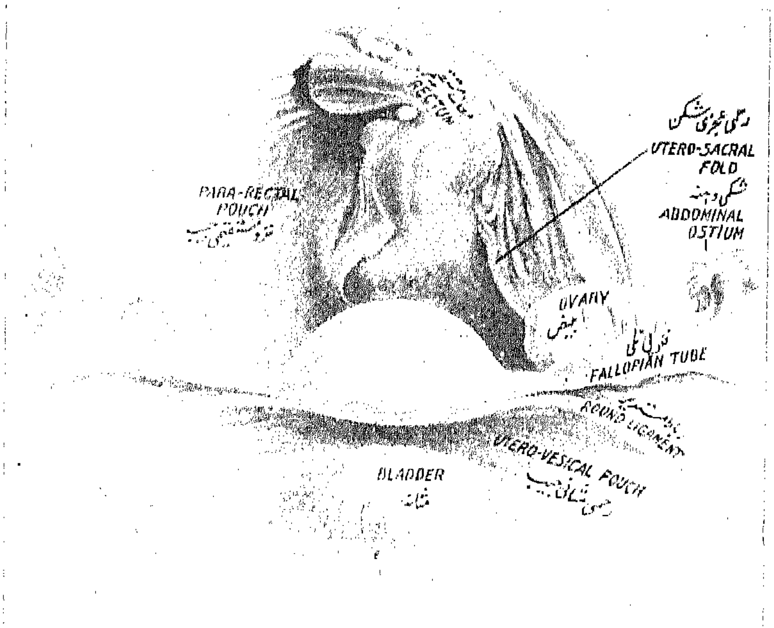
شکمی دیوار سے عمود فقری تک کیا جا سکتا ہے۔ شکل ۲ میں مثانہ تقریباً خالی ہے اور حوض کی گگر کے پیول کے بالکل نیچے پڑا ہوا ہے۔ باریطون پہلے پہل ارتفاق عانہ (symphysis pubis) کی عقبی جانب سے علاقہ پیدا کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے، اور پھر یہ اوپر اٹھکر خفیف سے منحنی قعر مثانہ کے اوپر سے منعکس ہوکر اس نقطہ تک پہنچتا ہے جہاں موخرالذکر رحم کی مقدم دیوار سے مس کرتا ہے۔ باریطون اور مثانہ کی دیوار کے درمیان اتصالی بافت کی ایک کافی موٹی اور ڈھیلی تہ حائل ہوتی ہے، اور یہ ایک ایسی ترتیب ہے جس کی وجہ سے مثانہ کے باریطونی علاقوں میں جبکہ یہ متمدد ہوکر اوپر کی جانب کو اٹھتا ہے اور حقیقی شکمی کہفہ میں پہنچ جاتا ہے نمایاں تغیرات پیدا ہوتے ہیں۔ باریطون کے قعر مثانہ سے رحم پر



شکل ۲۔ وسطی سہمی تراشش جو بالغ صاحب ولادت عورت کے حوض میں سے لی گئی ہے (پائیریر poirier)۔ ولادت کے امارات (ا) فراخ مہبل، (ب) طلائی یافتہ دہنہ مہبل، (ج) عجانی جسم کے مقدم حصہ کی دریدگی کی شکل میں پائے جاتے ہیں۔

منعکس ہونے سے ایک باریطونی حفرہ یا جیب (pouch) تیار ہو جاتی ہے جو رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کے نام سے موسوم ہے۔ جب مثانہ بالکل خالی ہوتا ہے تو یہ جیب (pouch) کشادہ اور اتھلی ہوتی ہے، لیکن جب وہ متمدد ہو جاتا ہے تو یہ تنگ اور گہری ہو جاتی ہے۔

رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کے فرش سے باریطون مقدم رحمی دیوار پر چلا جاتا ہے، اور اس کا تعاقب اس عضو کی چوٹی تک کیا جا سکتا ہے، جہاں سے یہ اس کی پچھلی دیوار پر سے ہوتا ہوا ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) میں پہنچ جاتا ہے، جو جسم کا زیریں ترین مقام ہے جہاں پر کہ باریطون پایا جاتا ہے۔ اس لیول پر پہنچنے سے قبل یہ رحم سے علیحدہ ہو کر مہبل کی پچھلی دیوار کے بالائی نصف انچ سے علاقہ پیدا کرتا ہے، جہاں ان کے درمیان اتصالی بافت کی ایک پتلی تہ
6 حائل ہوتی ہے۔ رحم کی دیوار کے ساتھ باریطون مضبوطی سے پیوستہ ہوتا ہے۔ اور سوائے مقدم دیوار کے تھوڑے سے رقبہ کے ان کے درمیان کوئی خلوی بافت نہیں پائی جاتی (دیکھو صفحہ 12)۔ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے فرش سے منعکس ہو کر باریطون معائے مستقیم پر پہنچتا ہے۔

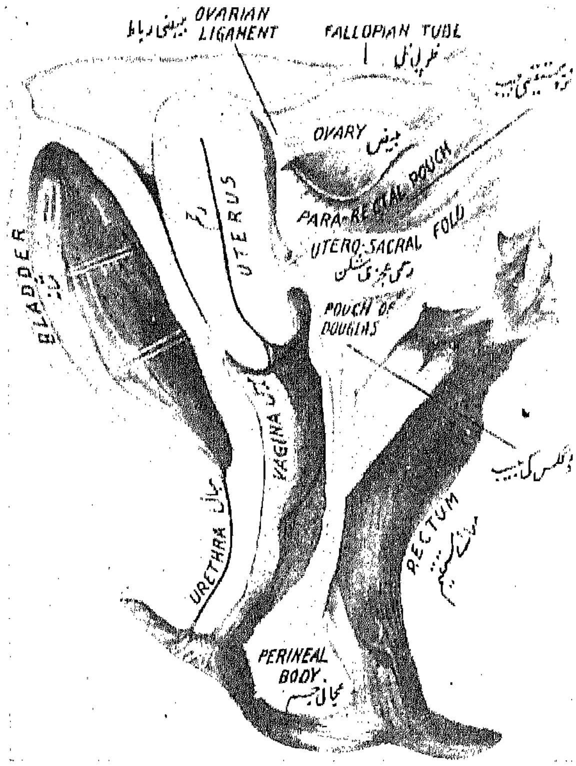


شکل ۳۔ حوضی اعضا جیسا کہ یہ اوپر سے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ تصویر ایک تقطیع سے بنائی گئی ہے (چیرنگ کراس ہاسپیٹل میوزیم)۔

ابتدا میں یہ صرف اس کی مقدم دیوار کو پوشیدہ کرتا ہے مگر اوپر جاکر یہ اسکی مقدم اور دو جانبی دیواروں کو محصور کرتا ہے۔ تیسرے عجزی فقرہ (sacral vertebra) کے لیول پر خط وسطانی میں یہ جاکے مستقیم سے عجز کی مقدم سطح پر منعکس ہوکر اوپر کی جانب کو جاتا ہے۔ اور عجزی ابھار (sacral promontory) سے گذر کر اس باریطون سے جا ملتا ہے جو پچھلی شکمی دیوار کو پوشیدہ کرتا ہے۔ مذکورہ تمام رقبہ میں باریطون کے نیچے خلوی بافت کی ایک کافی موٹی تہ موجود ہوتی ہے۔

اوپر سے حوضی اعضا کا امتحان کرنے سے (شکل ۳) یہ ظاہر ہوتا ہے کہ حوضی کہفہ رحم اور دیگر چند ساختوں کے ذریعہ سے جو اس سے بلاواسطہ چسپیدہ ہوتی ہیں (یعنی رباطات عریض broad ligaments: نفیرین فلوپی نلیوں Fallopian tubes: اور قیفی حوضی شکنوں infundibulo-pelvic folds: سے) سرسری طور پر مقدمہ اور موخرہ دو خانوں میں منقسم ہے۔ ان جملہ ساختوں سے ایک منحنی مستعرض فاصل بن جاتا ہے جو اگلی طرف سے قدرے محدب اور پچھلی جانب سے کسی قدر مقعر ہوتا ہے۔ اس باریطون کا تعاقب جو مقدم خانہ (anterior compartment) کے فرش کو ڈھانپتا ہے حوض کی کگر سے لیکر حوضی دیوار کے جانبی حصہ پر سے مثانہ کی جانب تک، اور اس عضو کے اوپر سے مقابل کی طرف کی حوضی دیوار اور حوض کی کگر تک مستوفا کیا جاسکتا ہے۔ مثانہ کی چوٹی پر سے یہ ایک عرضی شکن کی صورت میں گذرتا ہے جو مستعرض مثانی شکن (transverse vesical fold) کے نام سے موسوم ہے (دیکھو شکل ۳)۔ مثانہ کی خارجی طرف پر رحم کا مستدیر رباط (round ligament) اس خانہ کے فرش کو باریطون کے نیچے سے قطر کی شکل میں عبور کرتا ہے اور داخلی شکمی حلقہ (internal abdominal ring) تک پہنچ جاتا ہے۔ اس خانہ کے فرش کا وسطی حصہ رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کا متناظر ہے جس کا ذکر اوپر گذر چکا ہے۔ بعض اوقات یہ جیب (pouch) جانبوں پر دو مقدم موخر باریطونی شکنوں سے محدود ہوتی ہے جو رحم کے اطراف سے مثانہ کے اطراف تک جاتے ہیں، اور رحمی مثانی رباطات (utero-vesical ligaments) کے نام سے موسوم ہیں۔ یہ رباطات خفیف سے نمو یافتہ ہوتے ہیں، اور ہمیشہ نہیں پائے جاتے، اور عملیہ میں شاذ و نادر ہی شناخت کئے جاتے ہیں۔ طبعی حالات میں رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) محض ایک فضائے بالقوہ ہوتی ہے، کیونکہ رحم اور مثانہ ایک دوسرے سے تماس کرتے ہیں جب مثانہ متوسط حد تک متمدد ہوتا ہے تو اس کی ہر ایک جانب پر پچھلے جانبی حصوں کا ایک ایک جوف نظر آتا ہے

جس کا نام جانبی مثانی جیبیں (lateral vesical pouches) یا نزد مثانی حفرات (para-vesical fossæ) ہے ۔ اور یہ رحم کے منتدیر رباطات کے ذریعہ سے مقدم اور موخر قطعات میں



شکل ۴ - حوضی اعضا' ایک تقطیع سے (جیرنگ کراس ہاسپٹل میوزیم) - جوفی مشمولات وسطانی سہمی تراش سے کاٹے گئے ہیں ۔ رحم کی وضع مثانہ کے تمدد کی وجہ سے متغیر ہو گئی ہے ۔

سرسری طور پر منقسم ہوتے ہیں ۔

موخر خانہ (posterior compartment) مقدم کی نسبت بہت بڑا اور گہرا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳ ' ۴ و ۷) سریریاتی اصطلاح میں یہ خانہ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کہلاتا ہے ' لیکن ماہر تشریح کے نزدیک یہ نام اُس عمیق باریطونی حفرہ کے لئے مخصوص ہے جو معائے مستقیم اور عنقی مہبلی مقام اتصال کے درمیان واقع ہوتا ہے ۔ اس خانہ کے باریطونی

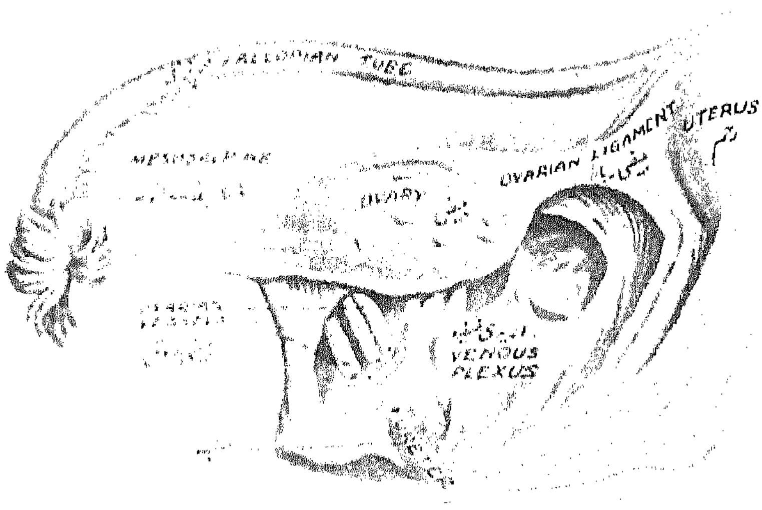
فرش کا تعاقب حوضی گڑھے سے لیکر نیچے کی طرف جانبی حوضی دیوار کے ساتھ ساتھ حوضی ڈایافرام کے خط مبدا تک، اور یہاں سے ڈھلوان حوضی ڈایافرام سے لیکر دائیں رحمی عجزی رباط (utero-sacral ligament) تک مستعرضاً کیا جا سکتا ہے، یہ ایک بہت واضح شکن یا چین کی شکل میں صاف دکھائی دیتا ہے، جو رحم کی پچھلی اور باہر کی جانب سے لیکر عجز (sacrum) تک پہنچتا ہے (دیکھو شکل ۴ و ۷)۔ اس شکن کے اوپر سے باریطون نیچے کی طرف کو تقریباً عموداً چلا جاتا ہے جس سے ڈگلس کی تشریحی جیب (anatomical pouch of Douglas) بنتی ہے۔ وہ پھر یہ مقابل کی جانب کے اوپر چڑھ کر بائیں رحمی عجزی رباط (utero-sacral ligament) تک پہنچ جاتا ہے، اور اس طرح یہ حوضی ڈایافرام کے اوپر سے گذر کر مقابل کی حوضی دیوار اور حوضی گڑھے تک پہنچ جاتا ہے۔ وہ باریطون جو عجز (sacrum) کی اگلی طرف کو ڈھانپتا ہے معائے مستقیم کے اطراف اور اگلی سطح پر سے منعکس ہو جاتا ہے لیکن اس سے ایک مکمل ماساریقا (mesentery) لیا نہیں ہوتا۔ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے لیول پر معائے مستقیم کی محض اگلی جانب پر ہی باریطونی غلاف ہوتا ہے۔

مؤخر خانہ (posterior comartment) رحمی عجزی شکنوں (utero-sacral folds) کے ذریعہ سے تین حصوں میں منقسم ہوتا ہے۔ یعنی ڈگلس کی تشریحی جیب (anatomical pouch of Douglas) اور دائیں اور بائیں نزد مستقیمی حفرات (para-rectal fossæ) (دیکھو شکل ۳ و ۴)۔ دایاں نزد مستقیمی حفرہ بائیں کی نسبت بہت زیادہ فراخ ہوتا ہے کیونکہ مؤخر الذکر کا اکثر حصہ حوضی قولون اور معائے مستقیم کے بالائی حصہ سے پر ہوتا ہے۔ حوضی قولون کی ماساریقا (mesentery) کا چپکاؤ بائیں گرد مستقیمی حفرہ کی پچھلی دیوار کے ساتھ ایک ترچھے خط میں ہے۔ اور ہر ایک گرد مستقیمی حفرہ سامنے کی طرف سے رباط عریض (broad ligament) کی پچھلی جانب سے محدود ہے جس کے ساتھ مبیض چپکا ہوا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲، ۴ و ۵)۔ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کی گہرائی مختلف ہوتی ہے (دیکھو صفحہ 14)۔ اس کی اگلی دیوار عموماً مہبل کی پچھلی دیوار کے بالائی $\frac{1}{2}$ تا $\frac{3}{4}$ انچ کی متناظر ہوتی ہے، اس کا فرش مبرز سے تقریباً ۲$\frac{1}{2}$ انچ اوپر ہوتا ہے۔ اس کے بالائی حدود رحمی عجزی رباطات (utero-sacral ligaments) سے تیار ہوتے ہیں، اور جب یہ رباطات اچھی طرح سے نمو یافتہ ہوتے ہیں تو اس کے مدخل کو کسی قدر تنگ کر دیتے ہیں۔ ان رباطات کے منفرج رخ کی وجہ سے اس حفرہ کا مدخل آگے کی نسبت

پیچھے کی طرف زیادہ عریض ہوتا ہے۔ اور یہ صاف ظاہر ہے کہ ڈگلس کی جیب کے فرش تک مہبل اور معائے مستقیم کے راستہ سے انگلی پہنچ سکتی ہے، مگر مقدم الذکر قنال کی نسبت موخر الذکر سے اس کا بہت زیادہ رقبہ محسوس کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۴)۔ امراضیاتی حالات کے تحت اس حفرہ کی جسامت اور اس کا محل اور اس کے تعلقات بہت زیادہ متغیر ہو جاتے ہیں۔

عریض رباطات (broad ligaments) اس مستعرض فاصل کے بیشتر حصہ پر مشتمل ہوتے ہیں جو حوضی باریطونی کہفہ کو مقدم اور موخر خانوں میں تقسیم کرتا ہے۔ یہ باریطون کے دُہرے شکن یا دُہراؤ ہیں جو اُس باریطون سے مسلسل ہوتے ہیں جو رحم کو پوشیدہ کرتا ہے، اور اسکے جانبی کناروں سے منعکس ہو جاتا ہے۔ یہ بولی تناسلی (urogenital) یا میان گردی (meso-nephric) شکنوں سے پیدا ہوتے ہیں اور ان میں سے ہر ایک سے ایک ڈھیلی جانبی ماساریقا نکلتی ہے جو باہر کی اور کسی قدر پیچھے کی طرف کو جاکر حوضی لگن تک پہنچ جاتی ہے۔ تنیدہ حالت میں ہر ایک رباط شکل میں تقریباً ذوارلعتہ الاضلاع ہوتا ہے جس کے بالائی، بیرونی، زیریں، اور اندرونی کنارے ہوتے ہیں۔ بالائی کنارہ آزاد ہوتا ہے اور اسکے شکنوں کے درمیان شکمی دہنہ (abdominal ostium) تک جو درون باریطونی ہوتا ہے فلوپی نلی (Fallopian tube) پائی جاتی ہے۔ اس نقطہ سے لیکر حوضی دیوار تک بالائی کنارہ آزاد ہوتا ہے۔ اور یہ قمعی حوضی شکن (infundibulo-pelvic fold) یا مبیضی حوضی رباط (ovario-pelvic ligament) کے نام سے تمیز کیا جاتا ہے۔ بلحاظ نمو یہ رباط تعلیقی مبیضی رباط (ligamentum suspensorium ovarii) یا میان گردی ڈایافرامی شکن (plica mesonephrica diaphragmatica) ہے، اور مبیضی عروق اس شکن کے بالائی ایک تہائی حصہ میں سے گذرتے ہیں۔ اس کا بیرونی کنارہ ایک خط کے ساتھ ساتھ حوض کی جانبی دیوار سے چپکا ہوتا ہے جو خارجی حرقفی عروق (external iliac vessels) سے لیکر پیچھے کی، سامنے کی، اور اندر کی طرف کو حوض کے فرش تک ایک ترچھے رُخ میں جاتا ہے۔ اندرونی کنارہ اطراف رحم سے چپکا رہتا ہے، اور منعکس ہوکر مہبلی قبوں (vaginal fornices) تک جاتا ہے۔ زیریں کنارہ چھوٹا اور غیر مساوی ہوتا ہے کیونکہ اس کا پچھلا باریطونی شکن اگلے شکن کی نسبت زیادہ نیچے کے لیول تک جاتا ہے۔ رحم کی طبعی وضع میں عریض رباط آگے کی طرف جھکا ہوتا ہے، اس لئے اس کی سطحوں میں سے ایک کا رخ اوپر کی اور پچھلی طرف کو اور دوسری کا نیچے کی اور سامنے کی طرف

ہوتا ہے (دیکھو شکل ٦) ۔
بیض عریض رباط کی پچھلی باریطونی تہ سے چپکا ہوتا ہے ۔ اس کے اندرونی قطب 9
سے لیکر قرن الرحم تک بیضی حقیقی رباط (ligamentum ovarii proprium) جاتا ہے، جو عضلی ریشہ دار بافت کا ایک مضبوط سخت باریطونی بند ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵) ۔
بیض کی چسپیدگی اس رباط کی پچھلی سطح کو بالائی اور زیرین دو حصوں میں تقسیم کرتی ہے ۔ بالائی حصہ جو فلوپی نلی (Fallopian tube) اور بیض کے درمیان واقع ہوتا ہے ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) کہلاتا ہے ۔ یہ باریک اور نیم شفاف ہوتا ہے، اور اس میں تھوڑی سی خلوی بافت موجود ہوتی ہے، اور اس میں جارالبیض (parovarium) یا زبیض (epoö phoron) پایا جاتا ہے جس کے ساتھ گیرٹنر کی قنات (duct of Gaertner) کا ابتدائی حصہ ہوتا ہے ۔ زیرین حصہ جو ماساریقائے رحم (mesometrium) کہلاتا ہے، بالائی حصہ کی نسبت بہت موٹا ہوتا ہے، اور حوض کے فرش کے نزدیک یہ وافعتہً کشادہ ہوجاتا ہے، اسلئے اس کے قاعدہ میں بہت سی خلوی بافت پائی جاتی ہے، جس میں عروق اور دوسری اہم ساختیں



شکل ۵ ۔ رباط عریض کی موخر جانب ۔ اقسمی حوضی شکن (تعلیقی بیضی رباط)
(چیرنگ کراس ہاسپٹل میوزیم) ۔

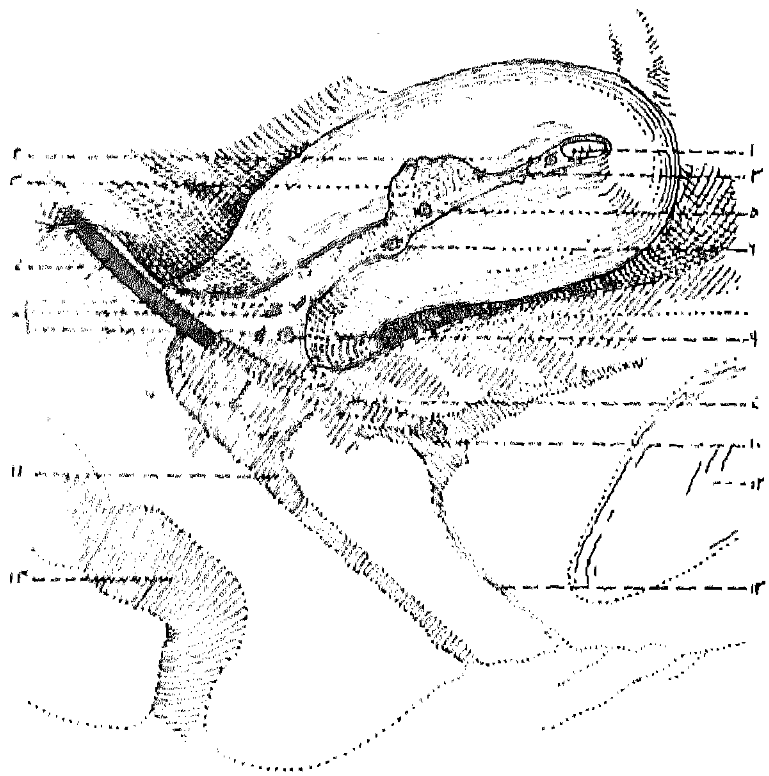
موجود ہوتی ہیں۔

عریض رباط کی اگلی طرف متصل ہوتی ہے، اور اس کو رباط مدوّر (round ligament) باریطون کے نیچے سے ایک تر چھے رخ میں عبور کرتا ہے۔ یہ رباط رحمی زاویہ سے لیکر داخلی شکمی حلقہ (internal abdominal ring) تک جاتا ہے۔ باریطون مثانہ اور رحمی مثانی رباطات (utero-vesical ligaments) سے منعکس ہوکر حوض کی اگلی دیوار تک چلا جاتا ہے۔ جس باریطون سے عریض رباط کی پچھلی سطح بنتی ہے وہ اگلی جانب کے باریطون کی نسبت بہت زیادہ نیچے جاتا ہے، اور رحمی عجزی رباطات (utero-sacral ligaments) اور نیز مستقیمی شکنوں (pararectal folds) پر سے منعکس ہوکر حوض کی پچھلی دیوار پر چلا جاتا ہے۔ نیز یہ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے باریطون سے بھی مسلسل ہوتا ہے۔

بلحاظ شکلیات عریض رباطات امعاء کی ماساریقا کے متناظر ہیں، اور اسی طریقہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ رحم کے لئے یہ بمنزلہ یالہنگ ہیں جو ایک مخصوص حد کے اندر اندر اس کو حرکت کرنے سے باز نہیں رکھتے۔ عریض رباط کی تہوں میں متعدد اہم ساختیں بند ہوتی ہیں۔ بالائی حصہ میں نلوئی نلی، مندیر رباط، بیضی رباط، جار البیض (parovarium) (بر بیض : epoöphoron) بیضی شریان کی شاخیں، اور رحمی شریان کی ایک تفمی (anastomotic) شاخ پائی جاتی ہے۔ زیریں حصہ میں حالب، رحمی عروق خون، گیرٹنر کی قنات (duct of Gaertner)، ایک یا دو چھوٹے لمفی غدد، اور خلوی بافت کا ایک موٹا تغیر پذیر تودہ پایا جاتا ہے۔ ان ساختوں 10
کے باہمی تعلقات شکل ۶ میں بخوبی واضح کر دئیے گئے ہیں۔

رحمی عجزی رباطات (utero-sacral ligaments)۔ یہ ساختیں باریطون کے دوہراؤ ہیں، جن میں چند عضلی ریشوں سے مخلوط محکم لیفی بافت کی ایک تغیر پذیر مقدار موجود ہوتی ہے۔ جب انہیں عملیتی کام کے دوران میں کاٹا جاتا ہے تو یہ رحم کے دیگر "رباطات" کی نسبت زیادہ محکم اور زیادہ مضبوط ثابت ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۷)۔ فم داخلی (os internum) کے لیول پر یہ عنق کی جانبوں کے پچھلے حصہ سے شروع ہوکر پیچھے کی جانب کو عجز (sacrum) کے نیچے کے سرے کی اگلی سطح تک جاتے ہیں، اور معائے مستقیم بائیں جانب کے رباط کے اوپر سے خمیدہ ہوکر گذر جاتی ہے۔ پیچھے کی طرف آتے میں ان میں کسی قدر انفراج پیدا ہو جاتا ہے۔ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کی جانبی دیواروں کے بالائی کنارے انہی سے تیار ہوتے ہیں، اور

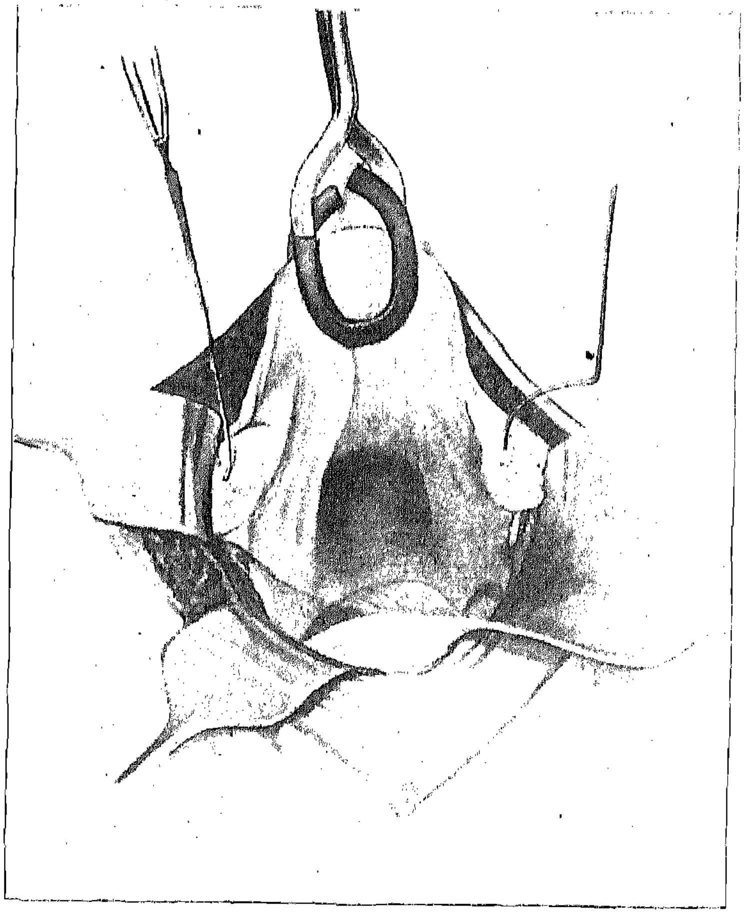
پچھلے حوضی خانہ (posterior pelvic compartment) کو یہ تین حفروں (fossæ) میں منقسم کر دیتے ہیں (دیکھو شکل ۳ و ۷)۔ زندہ افراد میں ان کی ساخت مختلف ہوتی ہے۔



شکل ۶ - رباط عریض میں سے اس کے رحمی کنارہ سے تقریباً ۱ انچ باہر سے تراش لی گئی ہے (ارتسامی توضیح)۔ ۱- قلوپی نل - ۲- بیضی شریان کی انبوبی شاخ ۳- جارالمبیضی (بر مبیضی) انبیب - ۴- مبیض - ۵- بیضی شریان - ۶- رباط مستدیر - ۷- حالب - ۸- رحمی وریدیں - ۹- رحمی شریان - ۱۰- مثانہ - ۱۱- مہبل - ۱۲- التفافی خانہ - ۱۳- مبال - ۱۴- معائے مستقیم۔
(حالب سبز۔ شریانیں سرخ - وریدیں نیلی۔)

بعض افراد میں دوسروں کی نسبت یہ زیادہ اچھی طرح نمو یافتہ ہوتے ہیں جن کیلئے یہ منزلہ بالبنا میں

11 اور اس کو حوض کی پچھلی دیوار سے وابستہ رکھتے ہیں۔ اچھی طرح سے نمو یافتہ ہونے کی حالت میں یہ عنق کی مفرط متقدم غیر وضعیت میں مزاحمت پیدا کر سکتے ہیں، رحمی شریان کی ایک چھوٹی سی شاخ ہر ایک رباط کے ساتھ ہوتی ہے۔ یہ رباط براستہ معائنے مستقیم انگلی سے محسوس کئے جا سکتے ہیں۔



شکل ۷۔ ڈگلس کی جیب اور رحمی عجزی شکنوں کو دکھانے کے لئے (جیسا کہ یہ عملیہ میں دکھائی دیتے ہیں جب کہ مریضہ ٹرنڈی لنبرگ کی وضع میں ہو) رحم کو آگے کی طرف کو کھینچ لیا گیا ہے اور ہر ایک مبیض کو ایک طرف کو پکڑ کر رکھا گیا ہے۔

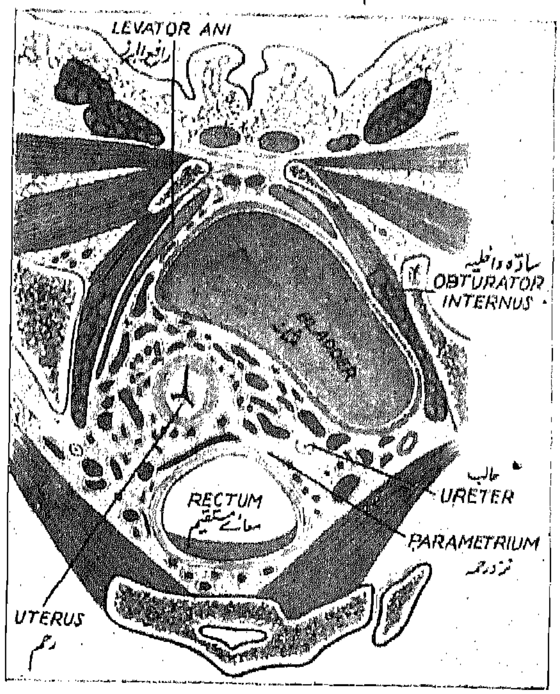
اور اگر یہ التہابی یا خبیث مرض کے باعث دبیز ہو گئے ہوں تو ان کو بآسانی محسوس کیا جا سکتا ہے۔

خلوی بافت ۔حوضی خلوی بافت یا نزدرحمہ (parametrium) شکمی کیسہ کی تحت بار یطونی خلوی بافت (subperitoneal cellular tissue) کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ یہ بافت حوض کے بالائی حصہ میں مقابلتہً باریک ہوتی ہے اور حوضی فرش پر یہ سب سے زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے جہاں یہ اعضا کے تمام درمیانی وقفوں کو پُر کرتی ہے اور ان کثیر التعداد عروق خون، اعصاب، اور لمفی عروق کیلئے جو ان اعضا کی طرف سے آتے یا ان کی طرف کو جاتے ہیں ایک حامل سہارا کا کام دیتی ہے۔ مقدم طرف پر حوضی خلوی بافت مقدم شکمی دیوار کی تحت باریطونی خلوی بافت سے اور جانبین پر حرقفی حفرہ (iliac fossa) کی اسی بافت سے مسلسل ہوتی ہے۔ خارجی خلوی بافت سے یہ ساد (obturator) اور عجزی نسائی (sacro-sciatic) اور فخذی (femoral) 12
سوراخوں کے راستہ سے رابطہ قائم کرتی ہے کیونکہ یہ ساد (obturator)، الوی (gluteal) اور فخذی (femoral) عروق کے ہمراہ جاتی ہے۔ رباط مستدیر (round ligament) کو محسوس کرنے کی وجہ سے اربی قنال (inguinal canal) کے راستہ یہ شفر کبیر (labium majus) کی تحت جلدی چربی سے جا ملتی ہے اور حوضی قولون کی ماساریقا کی وساطت سے یہ عمودی شکمی لیف کی خلوی بافت سے مسلسل ہوتی ہے۔ مزید برآں یہ حالبین (ureters) کے گرد ہوتی ہوئی انہی کے ذریعہ سے گردہ کے شحمی کیسہ سے بھی جا ملتی ہے۔ اس میں بہت سے لمفی غدود مدفون ہوتے ہیں۔ یہ امر معتدبہ سریری اہمیت رکھتا ہے۔

خلوی بافت کی سب سے زیادہ مقدار عنق الرحم (cervix) کے تعلق میں پائی جاتی ہے جہاں اس سے فرکو کا نزدرحمہ (parametrium of Virchow) بنتا ہے۔ نیز مثانہ کی دونو طرفوں پر اور اس کے علاقہ میں خلوی بافت کے بڑے بڑے تودے پائے جاتے ہیں۔ پیچھے کی طرف سے یہ عنق اور ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے درمیان اتنی زیادہ مقدار میں نہیں پائی جاتی۔ جسم رحم کی اگلی اور پچھلی سطحوں پر خلوی بافت کی کوئی پوشش نہیں ہوتی اور باریطونی عضلی تہ پر ہی متشکل ہوتا ہے۔

خلوی بافت کی عمومی تقسیم اور اس کے تعلقات شکل ۸ سے سمجھ میں آسکتے ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ خلوی بافت زیادہ تر موخر حوضی نماتہ کے تعلق میں پائی جاتی ہے۔ مثانہ کے گرد صرف ایک باریک تہ ہی موجود ہوتی ہے، لیکن عنق الرحم کے اطراف پر یہ کثرت پائی جاتی ہے جہاں پر اس کا ایک موٹا جانبی فانہ بنتا ہے جو مثانہ اور عجزی وركی کٹاؤ (sacro-sciatic notches)

کے درمیان حائل ہو جاتا ہے۔ اس مقام سے خلوی بافت کا تعاقب پچھلی طرف کو عجز (sacrum)



شکل ۸۔ خلوی بافت کو ظاہر کرنے کے لئے حوض میں سے افقی تراش لی گئی ہے۔

13 کی مقدم سطح تک کیا جا سکتا ہے، جس پر یہ ایک موٹا غلاف چڑھا دیتی ہے۔ معائے مستقیم کو یہاں یہ مکمل طور پر احاطہ کر لیتی ہے۔ مقدم جانب پر خلوی بافت مثانہ اور عانین (pubes) کی مؤخر سطوں کے درمیان نہایت کثرت سے پائی جاتی ہے۔ خلوی بافت کے جانبی تودوں میں حالبین (ureters) ، رحمی شریانوں اور وریدوں کے ساتھ، اور سلک نما ضفیرہ (pampiniform plexus) کی بڑی بڑی وریدیں مدفون پائی جاتی ہیں۔ یہ امر امراضیاتی اور جراحی نقطۂ نظر سے اہم ہے۔

حوضی خلوی بافت اپنے اکثر حصوں میں ایک ڈھیلی اور غیر مزاحم ساخت ہوتی ہے، لیکن بعض سمتوں میں یہ بستہ ہو کر مضبوط لیفی بافت میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ اور یہ تبدیلی بالخصوص بڑے بڑے وریدی ضفیروں اور شریانوں کے تعلق میں ظاہر ہوتی ہے، جن کے لئے اس سے

واضح الحدود گرد عروقی غلاف طیار ہوتے ہیں۔ شریانیں اور وریدیں دونوں ایک طرف تو داخلی حرقفی عروق (internal iliac vessels) سے اور دوسری طرف فرش حوض کے اعضاء سے وابستہ ہوتی ہیں۔ اس طرح گرد عرقی غلاف رحم اور دیگر حوضی اعضا کو ان کے مقام پر سہارا دینے کے لئے ایک اہم عنصر کا کام دیتا ہے۔ نیز زنانہ حوض کے نزد رحمہ (parametrium) یا اتصالی بافت کے قالب میں غیر مخطط عضلہ کی ایک معتد بہ مقدار موجود ہوتی ہے۔ رباطات عریضہ کے علاوہ یہ یہ مرتکز ہو کر سہارا دینے والے رباطات کی شکل اختیار کر لیتی ہے اور بعض کا یہ خیال ہے کہ ان عضلی ریشوں کی "تنیدگی" حوضی احشاء کی سکونیات (statics) پر معتد بہ اثر رکھتی ہے۔

حالب کی حوضی گذرگاہ بھی تمام خلوی بافت کے مستویوں میں واقع ہوتی ہے اور اس کا تعاقب عجزی حرقفی منفصل غضروفی (sacro iliac synchondrosis) سے جس جگہ یہ بیضی شریان کی رفاقت میں پہنچتا ہے جانبی حوضی دیوار کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف باطنی تک کیا جا سکتا ہے (دیکھو حالب صفحہ 64)۔

عنق کے مستعرض رباطات (transverse ligaments of the cervix)

مستعرض عنقی رباطات: ligamenta transversalis colli یا رباطات اعظم (ligamenta cardinalia: — یہ ساختیں جو میکنروڈٹ (Mackenrodt) نے بیان کی ہیں محکم لیفی عضلی بافت کے بند ہیں جن سے حوضی ردا (pelvic fascia) کی احشائی تہ (visceral layer) کے اختصاص یافتہ حصے تیار ہوتے ہیں۔ ورکی نوکوں (ischial spines) کے قرب و جوار سے نکل کر یہ رباطات حوضی خلوی بافت میں سے رافعات مقعد کے اوپر سے گذرتے ہوئے اور عنق کے اطراف اور مہبلی دیواروں کے جانبی پہلوؤں پر چسپیدہ ہو جاتے ہیں۔ بخلاف دوسرے رحمی رباطات کے ان پر کوئی مخصوص باریطونی پوشش نہیں ہوتی۔ بعض ماہرین تشریح کے نزدیک ان سے اُن رحمی شریانوں کے غلافوں کا کچھ حصہ تیار ہوتا ہے جو نقطۂ ابتدا سے ان پر رحم تک پہنچتی ہیں۔ بونی (Bonney) کے مطابق رباطات اعظم (cardinal ligaments) ان عضلی ریشوں سے تقویت پاتے ہیں جو رحم کے تحت مصلی عضلی ورقہ (subserous muscular lamina) سے مسلسل ہوتے ہیں۔ مصنف مذکور نے عضلہ کے اس تختہ کی اہمیت پر خاص زور دیا ہے اور اس کا یہ خیال ہے کہ اس کا مرکزی حصہ جسے وہ عانی عنقی عضلہ (pubo-cervicalis muscle) کے نام سے موسوم کرتا ہے، رباطات اعظم (cardinal ligaments) کے

ایک مقدم" حوضی شلف" (pelvic shelf) طیار کرتا ہے جو مثانہ کو سہارا دیتا ہے۔

جراحی تشریح ۔ حوضی باریطونی کہفہ تک نیچے کی جانب سے رحمی مثانی جیب
(utero-vesical pouch) کے راستہ سے یا ڈگلس کی جیب کے راستہ سے بذریعہ مہبلی تشگاف
پہنچا جا سکتا ہے۔ قبل الذکر کو کھولنے (مقدم مہبل تشگافی anterior colpotomy) کے لیے
مقدم مہبلی دیوار وہ ساخت ہے جو پہلے کاٹی جاتی ہے، پھر مثانہ اور عنق الرحم کے درمیان کی خلوی بافت
کی کند تقطیع کرنے کے بعد اول الذکر کو ایک طرف ہٹا دیا جاتا ہے اور رحمی مثانی جیب کا فرش چمٹی سے
پکڑ کر کاٹ دیا جاتا ہے۔ یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ مثانہ کے قاعدہ کو یوں اوپر ہٹا دینے کے
بعد حالبین (ureters) بھی جو کہ اس میں داخل ہوتے ہیں اوپر اٹھ جائیں گے، اس طرح ضرر سے
ان کو بآسانی محفوظ رکھا جا سکتا ہے۔ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کو کھولنے (موخر
مہبل تشگافی posterior colpotomy) کے لئے مہبلی دیوار کو کاٹا جاتا ہے جس کے بعد
خلوی بافت کی ایک تہ جس کی دبازت مختلف حالات میں مختلف ہوتی ہے سامنے آتی ہے، اس
تہ کو باریطون تک پہنچنے کے لئے کند تقطیع سے علیحدہ کرنا ضروری ہے۔ یہاں پر کوئی اہم حشا معرض
ضرر میں نہیں آتا (دیکھو شکل ۳۴)۔ کثیر الولادت عورت میں عدیم الولادت عورت کی نسبت، 14
حمل اور ولادت سے پیدا شدہ تناؤ کی وجہ سے، باریطون تک آگے اور پیچھے سے زیادہ آسانی سے رسائی
ہو سکتی ہے۔

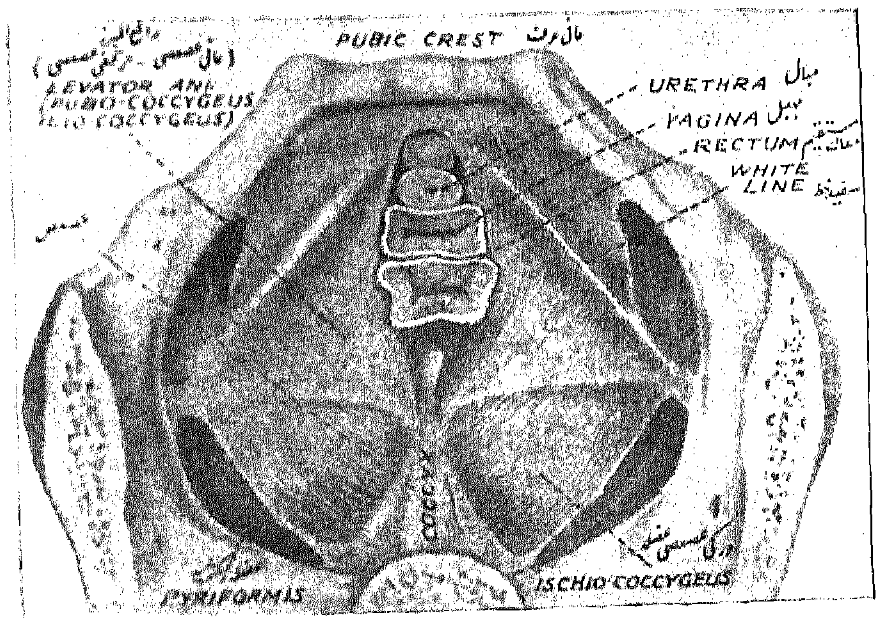
امراضیاتی حالات میں مقدم اور موخر باریطونی جیبوں کے علاقہ جات میں بہت کچھ تغیر واقع
ہو جاتا ہے۔ چنانچہ سقوط (prolapse) میں رحمی مثانی جیب اور ڈگلس کی جیب (pouch
of Douglas) کے فرش بعض اوقات فرج سے باہر آ جاتے ہیں (دیکھو شکل ۲۷، صفحہ 608)۔
اگر ڈگلس کی جیب میں کوئی سلعہ موجود ہو تو وہ اسے مبرز کے پیول تک نیچے کی طرف کو دبا دیتا ہے اور
ساتھ ہی رحم کو اگلی طرف عانہ کی جانب دھکیل دیتا ہے۔ اور اگر خلوی بافت کے جانبی تودوں میں
کوئی انصباب پیدا ہو جائے تو وہ رحم کو مقابل جانب کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ حوضی خلوی بافت کے
کسی حصہ کا التہاب بلا واسطہ تسلسل سے تمام کہفۂ حوض کے ارد گرد پھیل سکتا ہے، اور مقدم شکمی دیوار
حرقفی حفرہ (iliac fossa) اور پس باریطونی شکمی خلوی بافت تک پہنچ جاتا ہے۔ نیز اس طرح سے
یہ گردہ، اور ڈایافراغم تک بھی چلا جاتا ہے۔ اور یا عجزی نسائی سوراخ (sacro-sciatic
foramen) سے گزر کر سرین میں یا سوراخ ساد (obturator foramen) سے گزر کر ران کی

اگلی طرف میں داخل ہو سکتا ہے ۔ نیز حوض کے اجتماعات ریم کا تخلیہ بعض اوقات از خود کسی جوف دار حوضی حشا مثلاً مثانہ یا معائے کبیر میں اور شاذ و نادر مہبل میں بھی ہو جاتا ہے ۔ عنق کے گرد اور رباط عریض کے قاعدہ پر جو خلوی اتصالی بافت موجود ہوتی ہے اس میں بڑی بڑی وریدوں کا ایک وسیع جال موجود ہوتا ہے جو اس علقیت (thrombosis) ' تقیح الدم (pyæmia) اور سداد بیت (embolism) کی توجیہ کرتا ہے جو عنق الرحم کی سرایت زدہ وریدگیوں سے پیدا ہوتے ہیں۔

فرش حوض

(THE PELVIC FLOOR)

حوض کا مخرج جو عانی اور ورک کی فروع ' ورل حدبیہ (ischial tuberosity)

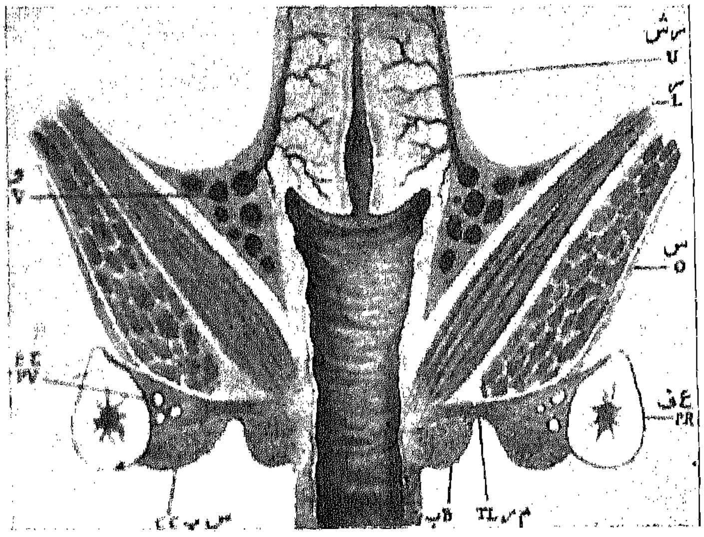


شکل ۹۔ حوضی ڈایافرام جیسا کہ یہ اوپر سے دکھائی دیتا ہے (ڈیور: Deaver)۔

عظیم عجزی نسائی رباط، اور عصعص سے محدود ہوتا ہے، عضلی ردائی بافتوں کے ایک عمیق گروہ سے مسدود
ہوتا ہے جو حوضی ڈایافرام (pelvic diaphragm) پر مشتمل ہے۔ یہ ایک قیف نما ساخت
ہے جس کی شکل بیضوی ہوتی ہے۔ اس کا طویل محور مقدم موخرہ ہوتا ہے۔ یہ ایک مرکب عضلی تختہ ہے 15
جو ماہرین تشریح کے نزدیک تین عضلات پر مشتمل ہے، یعنی عانی عصعصی عضلہ (pubo-coccygeus)،
حرقفی عصعصی عضلہ (ilio-coccygeus) اور ورکی عصعصی عضلہ (ischio-
coccygeus) یہ عانی عصعصی عضلہ (pubo-coccygeus) اور حرقفی عصعصی عضلہ (ilio-
coccygeus) دونوں کا ذکر اکٹھا کیا جاتا ہے کیونکہ یہ عضلہ رافع المبرز (levator ani
muscle) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ اس اہم عضلہ کا صفاق (aponeurosis) حوضی ردا کی احشائی
تہ سے بنتا ہے۔

عانی عصعصی عضلہ (pubo-coccygeus) ارتفاق عانہ کی عقبی جانب، اور عانی
جسم سے، اور دیوارِ حوض کے ایک ترچھے خط سے پیدا ہوتا ہے جو اوپر کی اور باہر کی طرف کو قنال ساد
(obturator canal) کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ نیز یہ کسی حد تک مثلثی رباط (triangular
ligament) سے بھی پیدا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹)۔ یہ عضلہ پیچھے کی اور اندر کی طرف کو چلا جاتا
ہے اور اس کا کچھ حصہ آخری عجزی فقرہ میں اور کچھ حصہ ایک وتری وسطانی سیون (tendinous
median raphé) میں جو معائے مستقیم کے پیچھے واقع ہوتی ہے منتہی ہو جاتا ہے، اور یہاں
یہ مقابل کی طرف کے دوسرے رفیق سے مل جاتا ہے (تھامسن: Thomson)۔ یہ عضلات جو
ہمیشہ پائے جاتے ہیں اور بخوبی نمو یافتہ ہوتے ہیں، مثانہ کے قاعدہ، مبال کے بالائی حصہ، مہبل اور
معائے مستقیم کے کچھ حصہ کو غلاف پہناتے ہیں، اور کسی حد تک ایک مکمل عاصری فعل سرانجام دیتے ہیں،
اور ان حصص کو سہارا بھی دیتے ہیں۔ حرقفی عصعصی عضلہ (ilio-coccygeus) جو عورت میں
اکثر تقریباً سب کا سب صفاقی ہوتا ہے، بعض اوقات حرقفی مشطی خط (ilio-pectineal
line) سے پیدا ہوتا ہے، اور بعض اوقات ایک لیفی محراب سے، جو عانین سے ورکی شوکہ تک
جاتی ہے، اور جو حوضی ردا کے "سفید خط" کے نام سے موسوم ہے (تھامسن: Thomson)۔ یہ
عضلہ آخیر کے دو عصعصی فقرات اور مبرزی عصعصی وسطانی سیون پر منتہی ہوتا ہے۔ عصعصی عضلہ
(coccygeus) یا ورکی عصعصی عضلہ (ischio-coccygeus) جو بالعموم اکیلا ہی صفاقی
ہوتا ہے، ورکی شوکہ سے نکلتا ہے اور عجزی فقرات کے جانبی اطراف اور عصعص (coccyx) پر

منتہی ہوتا ہے۔ یہ اتنا اہم نہیں ہے جتنا اہم کہ رافع المبرز (levator ani) (عانی عصعصی عضلہ



شکل ۱۰۔ فرشِ حوض میں سے اکلیلی تراش۔ س ر۔ رافع المبرز۔ س۔ سادہ داخلہ۔
ع ف۔ عانی فرع۔ م س ر۔ مثلثی رباط۔ ب۔ مہبل کا بصلہ۔ س ب۔
ساق بظر۔ ح ع۔ داخلی حیاتی عروق اور عصب۔ س ش۔ رحمی شریانیں
و۔ وریدیں اور بزد رحمہ۔
(ایلیٹ سمتھ اور سٹاپ فورڈ کے مطابق)

اور حرقفی عصعصی عضلہ) ہے۔

وکٹر بونی (Victor Bonney) نے ایک اور عضلی ردائی تہ کا ذکر کیا ہے جس کا نام اس نے عانی عنقی عضلہ (pubo-cervicalis muscle) رکھا ہے (دیکھو ص 13)۔
اس میں غیر مخطط عضلہ ہوتا ہے، اور یہ اسی لیول پر واقع ہوتا ہے جس پر عنق کا مستعرض رباط ہوتا 16
ہے یعنی یہ عضلات کے لیول سے اوپر ہوتا ہے۔ جن سے ہوضی ڈایا فرام مرکب ہوتا ہے۔ اس کے متعلق یہ بیان کیا جاتا ہے کہ یہ ارتفاق عانہ (symphysis pubis) کی پچھلی طرف سے نکل کر عنق اور محرابِ مہبل کی سامنے کی طرف اور دونوں جانبوں تک پھیلا ہوتا ہے۔ لہذا اس سے وہ زاویہ

لیبار ہوتا ہے جس پر مثانہ بلاواسطہ متمکن ہوتا ہے۔ بونی (Bonney) کا یہ خیال ہے کہ اس کے عضلی عناصر رحم کے عضلی نظام کے سطحی طولانی ریشوں سے مسلسل ہوتے ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اس کا فعل مثانہ اور مہبل کے بالائی حصہ کو سہارا دینا ہوگا۔

تشکیلیاتی نقطۂ نگاہ سے عانی عصعصی عضلہ (pubo-coccygeus)، حرقفی عصعصی عضلہ (ilio-coccygeus) اور ورکی عصعصی عضلہ (ischio-coccygeus) قرود (apes) اور ادنیٰ پستانیوں کے قوی ذنبی عضلات کے قائم مقام ہیں۔ قبل الذکر دونوں دُم کے نافض عضلات ہیں، اور موخر الذکر اس کو ہلانے کے عضلات ہیں۔ چونکہ آدمی میں دم غائب ہوگئی ہے اس لئے ان عضلات کا اصلی فعل بھی زائل ہوگیا ہے، لہٰذا دمدار جانوروں کے عضلات کی نسبت یہ درحقیقت بہت کم نمو یافتہ اور کمزور ہوتے ہیں۔ اس امر کے متعلق معتدبہ اختلاف آرا پایا جاتا ہے کہ انسان میں یہ عضلات کیا فعل سرانجام دیتے ہیں۔ بعض مصنفین ان کو آثاری ساختیں تصور کرتے ہیں جو اس قدر کمزور ہوچکی ہیں کہ عملی طور پر بیکار ہوگئی ہیں۔ بعض کا یہ خیال ہے کہ یہ ایک اہم فعل سرانجام دیتے ہیں جو انسان کے منتصب القامت ہوجانے سے پیدا ہوگیا ہے، اور یہ فعل درون شکمی دباؤ کے اس فوری اضافہ کو برداشت کرنے کا ہے جو مثال کے طور پر کھانسنے، چھینکنے اور تیزرس میں شدید عضلی جہد سے واقع ہوجاتا ہے (پیرآمور: Paramore)۔ اگر فرش حوض میں ایسی ساختیں موجود نہ ہوتیں جن میں دباؤ کے ایسے اضافوں کا جو بالائی سمت سے ظہور پذیر ہوتے ہیں کامیابی سے مقابلہ کرنے کی استعداد نہ پائی جاتی تو احشائے حوض کا فتقی بروز بلاشبہ زیادہ کثیر الوقوع ہوتا۔ موخر الذکر نظریہ صحیح معلوم ہوتا ہے، اور اگر اسے تسلیم کرلیا جائے تو اس سے یہ نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ وہ عضلات جو کہفۂ حوض کو نیچے سے بند کرتے ہیں اور اپنے انقباض سے حوضی ڈایافراام کی مزاحمت میں حسب ضرورت اضافہ کرسکتے ہیں ایسی ساختیں ہیں جو فعلیاتی نقطۂ نظر سے عظیم الاہمیت ہیں۔

تاہم یہ امر ضرور ذہن نشین رکھنا چاہئیے کہ حوضی ڈایافرام مجری بول اور مہبل کے گذرنے کی وجہ سے کمزور ہوجاتا ہے۔ جن عورتوں کے بچے پیدا ہوئے ہوں اُن میں موخر الذکر روزن عظیم الجسامت ہوتا ہے۔ یہ نہ خیال کرنا چاہئیے کہ معائے مستقیم بھی حوضی ڈایافرام کو منثقب کرتی ہے کیونکہ یہ اپنے ایک خانہ میں بالکل آزادانہ واقع ہوتی ہے۔ اور دوسری قنالوں کی نسبت اس کی طبعی حرکت پذیری کا احاطہ بہت وسیع ہوتا ہے۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ حوضی ڈایافرام میں کمزوری کا ایک عنصر بین طور پر پایا جاتا ہے جو حادثات ولادت کی وجہ سے اس کی فعلی کارکردگی کو بہت نقصان

پہنچا سکتا ہے۔

بعض دوسری ترتیبیں بھی موجود ہیں جو کمزوری کے اس عنصر کی ایک بڑی حد تک تلافی کرتی ہیں۔ اول مہبل اور مجری بول حوضی ڈایافرام کی ڈھلوان سطحوں سے حوضی ردا کی ایک تہ سے چپکے ہوتے ہیں جو ان کو محصور کرتی ہے، اور حوضی ردا کی دوسری قسمتوں سے خط سفید پر مسلسل ہوتی ہے۔ دوم عنق اور مہبل کا اپنا ایک مختص سہارا ہوتا ہے۔ یہ یاد ہوگا کہ عروق رحم رحم تک فم داخلی (os internum) کے لیول پر پہنچتے ہیں، جب یہ عجزی حرقفی مفصل (sacro-iliac joint) کے نواح سے حوض میں سے گذرنے لگتے ہیں تو اپنے ساتھ مضبوط لیفی بافت کی ایک پوشش لے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۰)۔ یہ عروق معہ اپنے غلافوں کے ایک اہم جانبی جکاؤ کا کام دیتے ہیں جو نزول رحم کو مزاحم آتا ہے۔ مزید برآں اس لیول پر لیفی بافت کا ایک مخروطی نمو یافتہ بند پایا جاتا ہے جو عنق کے "مستعرض رباط" (transverse ligament of the cervix) (پیٹرسن: Paterson) یا "رباط عظیم" (cardinal ligament) کے نام سے موسوم کیا جا چکا ہے۔ یہ رباط عروق رحم کے ساتھ ساتھ چلا جاتا ہے مگر زیادہ نیچے لیول پہ ہوتا ہے،
17 اور ان کی لیفی پوشش کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ باہر کی طرف سے یہ حرقفی عروق (iliac vessels) کے لیفی غلاف اور ان مضبوط لیفی بندوں کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے جو نسائی کٹاؤ (sciatic notch) میں سے گذر کر حوض میں داخل ہوتے ہیں، اور اندر کی طرف سے یہ رحم کے اطراف، محراب مہبل کے اطراف، اور مجری بول اور مثانہ کے اطراف سے چپکا ہوتا ہے۔ اس امر کا کئی دفعہ مشاہدہ کیا جا چکا ہے کہ رحم کو براستہ مہبل دور کرتے وقت عنق اپنے طبعی لیول سے زیادہ نیچے نہیں کھینچی جا سکتی تاوقتیکہ وہ ساختیں جو اس کے اطراف پر موجود ہوتی ہیں معہ عروق کے کاٹ نہ دی جائیں۔ ایسا کرنے پر یہ بآسانی فرج سے باہر لائی جا سکتی ہے۔ عروق رحم اور مستعرض رباطات کو کاٹنے ہی سے عنق آزاد ہوتی ہے۔

لہٰذا معلوم یہ ہوتا ہے کہ رحم اپنے طبعی لیول پر حوضی ڈایافرام، عروق خون کے لیفی غلافوں، اور ان تکمیلی مستعرض ردائی بندوں کے ذریعہ سے برقرار رہتا ہے جو عنق اور محراب مہبل سے چپکے ہوتے ہیں۔ درون شکمی دباؤ میں جو مسلسل تغیرات تنفس، وضع کی تبدیلیوں، کھانسنے، چھینکنے، اور عمومی عضلی جہد سے واقع ہوتے رہتے ہیں ان کا مقابلہ حوضی ڈایافرام کے عضلات کے انقباض سے ہوتا رہتا ہے، لہٰذا یہ عضلات ہمیشہ وظیفی طور پر فعال رہتے ہیں۔ یہ ممکن ہے کہ

درون شکمی دباؤ میں غیر طبعی زیادتیوں کے واقع ہونے سے ان عضلات میں تعویضی بیش پرورش نمودار ہوجاتی ہو۔ بخلاف اس کے ان ساختوں اور مستعرض رداِئی بندوں کو حد سے زیادہ کھنچ جانے، یا بچہ کی پیدائش میں دریدگی کے واقع ہونے سے، جو ضرر پہنچتا ہے اس سے ان کی کارکردگی کو شدید نقصان پہنچیگا، جس کی وجہ سے یہ درون شکمی دباؤ کی قوتوں کے سامنے نہیں ٹھہر سکیں گے، اور اس طرح رحم، مہبل، اور مثانہ میں غیر وضعیت واقع ہوجائے گی۔

رحم

عمومی تشریح اور تعلقات ۔ جب رحم کو اس کی چسپیدگیوں سے علیحدہ کردیا جاتا ہے تو یہ کمثری الشکل یعنی ناشپاتی نما دکھائی دیتا ہے۔ اس کا طول تقریباً ۳ انچ ہوتا ہے، اور یہ اوپر کے ایک چوڑے اور نیچے کے ایک تنگ حصہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ نیچے کا حصہ عنق (cervix) یا گردن (neck) کے نام سے موسوم ہے، اور اوپر کا حصہ جسم (corpus or body) کہلاتا ہے۔ دونوں حصوں کا اتصال خارجی سطح پر ایک خفیف سے بھیاؤ کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے جو تنگنائے (isthmus) کے نام سے موسوم ہے۔ عنق کی شکل اسطوانہ نما ہوتی ہے، اور اس کا طول ایک انچ ہوتا ہے۔ جسم رحم نیچے کی نسبت اوپر سے زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اور اس کی مستعرض پیمائش مقدم موخر پیمائش سے زیادہ ہوتی ہے۔ اوپر کا چوڑا سرا محدب ہوتا ہے، اور اس کا تحدب سہمی مستوی میں زیادہ نمایاں اور اکلیلی میں خفیف سا ہوتا ہے۔ جسم رحم کا سب سے بڑا مستعرض قطر رحم کی چوٹی سے ذرا نیچے ہوتا ہے، اور اس کا طول ۲ انچ ہوتا ہے۔ اس قطر سے اوپر کا حصہ قعر (fundus) کہلاتا ہے۔ رحم کے اس حصہ کا منحنی خاکہ جو مستعرضاً چوڑا ہوتا ہے۔ اس کا ایک ممیز خاصہ ہے اور سریری امتحان پر یہ بذریعہ جسّ صاف طور پر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ اس سے یہ ظاہر ہوگیا ہوگا کہ قعر (fundus) تشریحی نقطۂ نظر سے جسم الرحم (corpus uteri) کی ایک ذیلی تقسیم ہے، اور بلحاظ اصطلاح اسے اس کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہئے۔ سب سے بڑے مستعرض قطر کے انتہائی سروں پر فلوپی نلیاں جسم سے آملتی ہیں۔ یہ مقامات قرون (cornua) یا زاویوں (angles) کے نام سے معروف ہیں۔ فلوپی نلیوں کے علاوہ دو دیگر ساختیں بھی رحم کے قرنوں سے چسپیدہ ہوتی ہیں، یعنی مستدیر اور بیضی رباطات۔ یہ تینوں ساختیں ایک مستوی میں واقع

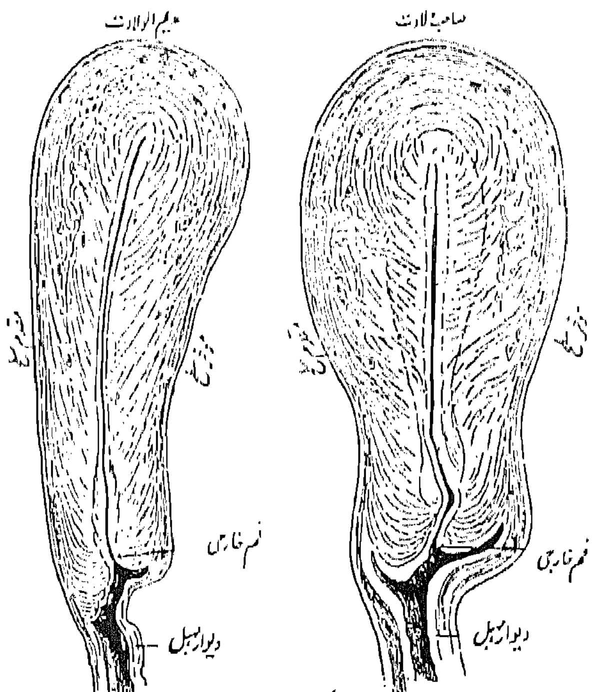
نہیں ہوتیں، مگر ان کی ترتیب اوپر سے نیچے کی طرف یہ ہوتی ہے۔ نلی، مستدیر رباط، بیضی رباط اور آگے سے پیچھے کی طرف کو ان کی ترتیب حسب ذیل ہوتی ہے: مستدیر رباط، فلوپی نلی، بیضی رباط (دیکھو شکل ۳)۔ عدیم الولادت عورت میں جسم رحم کی اگلی سطح چپٹی اور پچھلی سطح نمایاں طور پر محدب
ہوتی ہے، مگر کثیر الولادت عورتوں میں ہر دو محدب ہوتی ہیں۔ 18

خارجی طرف سے جسم رحم باریطون سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ اس کے اندر ایک کہفہ بالقوۃ ہوتا ہے جس کا استر ایک اختصاص یافتہ سرطمہ یعنی درون رحمہ (endometruim) سے بنتا ہے۔ اس کہفہ میں افراز کی تھوڑی سی مقدار موجود ہوتی ہے جو درون رحمہ کے غدد سے طیار ہوتی ہے۔ دوران حیض میں اس میں خون جمع ہو جاتا ہے، اور دوران حمل اور دیگر مرضی صورتوں میں اس کی جسامت بہت بڑھ جاتی ہے۔ رحم کی مقدم اور موخر دیواریں طبعی حالت میں ایک دوسری سے ملی ہوتی ہیں، اور رحمی کہفہ فضا کی شکل میں مشکل ہی سے موجود ہوتا ہے۔

رحمی کہفہ کا رابط نیچے کی طرف ایک روزن کے ذریعہ سے جو عنق میں واقع ہوتا ہے اور فم خارجی (os externum) کے نام سے موسوم ہے، مہبل کے ساتھ ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف سے یہ فلوپی نلیوں کے درون سے مسلسل ہوتا ہے۔ ان مجاری کے ذریعہ سے رحم کو باریطونی تاجیہ (peritoneal sac) سے ربط حاصل ہوتا ہے۔ تناسلی خطہ یعنی فلوپی نلیوں، رحم اور مہبل سے ایک ایسی مسلسل قنال طیار ہوتی ہے جو بیرونی جسم اور حوضی باریطونی کہفہ کے درمیان راہ و رابطہ پیدا کرنے کے لئے مستقیم مجری کا کام دیتی ہے۔ اور یہ وہ تشریحی ترتیب ہے جس سے عورتوں میں سرائیت کے حوضی باریطون تک اکثر بآسانی پہنچنے کی توجیہ ہوتی ہے۔

عنق سہولیت بیان کی غرض سے دو حصوں میں تقسیم کی گئی ہے۔ اس کا نیچے کا حصہ مہبل میں نکلا ہوا ہوتا ہے اور حصہ مہبلی (portio vaginalis) (مہبلی عنق vaginal cervix) کے نام سے موسوم ہے۔ اس کا اوپر کا حصہ عنقی مہبلی اتصال کے اوپر واقع ہوتا ہے اور فوق مہبلی عنق (supra-vaginal cervix) کہلاتا ہے۔ عنق کی شکل تقریباً اسطوانہ نما ہوتی ہے، اور اس کے مرکز سے عنقی قنال (cervical canal) گذرتی ہے۔ یہ قنال ایک چپٹی دیواروں والی تنگ گذرگاہ ہے جو اوپر کی طرف فم داخلی (os internum) کے ذریعہ سے کہفہ جسم سے ربط و راہ رکھتی ہے، اور نیچے کی طرف فم خارجی (os externum) کے راستے سے مہبل میں کھلتی ہے۔ عدیم الولادت عورتوں میں مہبلی حصہ جو عام طور پر پورٹیو (portio) کہلاتا

ایک الٹے مخروط کی مانند ہوتا ہے جس کے راس پر مدور یا مستعرض روزن کی شکل کا فم خارجی ہوتا ہے۔



شکل ۱۱۱ ۔ رحم کی سہمی تراشش ۔

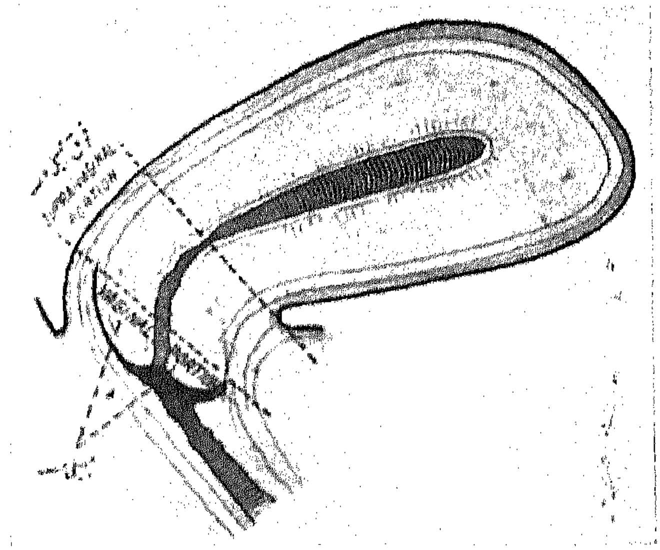
بچہ کی پیدائش کے بعد فم خارجی لمبا اور ایک کم وبیش فراخ اور مستعرض جھری کی مانند ہوجاتا ہے، اور پورشیو (portio) کی جسامت اور شکل و شباہت دریدگی اور بعض منتجہ تغیرات کی وجہ سے اکثر بہت کچھ تبدیل ہوجاتی ہے۔ اس حالت میں فم خارجی پر یا تو گہری جانبی درزیں موجود ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۳۵۹ اور ۳۶۰ صفحہ 582,581)، اور یا یہ کثیر التعداد انشقاقات کی وجہ سے مختلف جسامت اور شکل

19

کے کئی ایک قطعات میں کٹا ہوا ہوتا ہے۔ مہبلی غشائے مخاطی پورشیو (portio) کی سطح پر منعکس ہوجاتا ہے، اور عنقی بافت سے یہ مضبوطی سے چپکا ہوتا ہے۔ اس لئے عنق کے اس حصہ پر بھی وہی مخاطی غلاف موجود ہوتا ہے جو مہبلی دیواروں پر ہوتا ہے، یعنی فلسمائی (squamous)۔ فم خارجی پر یہ دفعۃً تبدیل ہوکر مکعبی (cubical) سر حلمہ بن جاتا ہے جو عنقی قنال کو استر کرتا ہے۔ سامنے کی طرف سے عنق خلوی بافت کی ایک ڈھیلی تہ کے ذریعہ سے مثانہ سے پیوستہ ہوتی ہے۔ اطراف پر یہ چونمی خلوی بافت کے جانبی تودوں سے متماس ہوتی ہے۔

عدیم الولادت عورت میں تمام رحم کا طول قعر سے لیکر فم خارجی تک ۳ انچ، اور کہفہ کا ۲$\frac{1}{2}$ انچ ہوتا ہے۔ مگر کثیر الولادت عورت میں ان کی لمبائی اس سے $\frac{1}{2}$ انچ یا کچھ اور زیادہ ہوتی ہے۔ عنق کی لمبائی تقریباً ۱ انچ ہوتی ہے۔ رحم کی دیوار جو قعر پر سب سے زیادہ موٹی

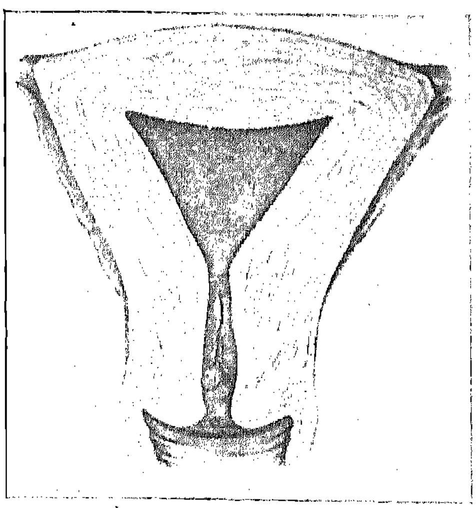
اور عنق اور جسم کے مقام اتصال پر سب سے زیادہ باریک ہوتی ہے، موٹائی میں ½ تا ¾ انچ ہوتی ہے۔ عدیم الولادت عورت کے رحم کا وزن ½ ۱ تا ۲ اونس ہوتا ہے۔ اور کثیر الولادت عورت کے رحم کا ۲ تا ½ ۲ اونس۔



شکل ۱۲۔ عنق کے حصے (ارتسامی توضیح)۔

جب تمام رحم کو اکلیلی تراش میں کاٹ کر کھول دیا جاتا ہے تو اس کا کہفہ تقریباً نما دکھائی دیتا ہے (شکل ۱۳)۔ کہفۂ جسم کی شکل مثلثی ہوتی ہے، اس کا راس نیچے کی طرف کو ہوتا ہے، اور اس کے بالائی زاویے فلوپی نلیوں کی شکل میں باہر کی طرف نکل جاتے ہیں، اور اس کا زیریں زاویہ عنقی قنال میں چلا جاتا ہے۔ صاحب ولادت عورت میں عدیم الولادت عورت کی نسبت یہ زیادہ وسیع اور زیادہ کشادہ ہوتا ہے۔ موخر الذکر میں کہفۂ عنق اکلیلی تراش پر تکلے نما ہوتا ہے۔ صاحب اولاد عورت میں بچہ کی ولادت کی وجہ سے فم خارجی (os externum) مستقل طور پر عریض ہو جاتا ہے اور فم داخلی (os internum) کے مقابلہ میں بہت بڑا ہوتا ہے جس مقام پر جسم رحم کا کہفہ عنق کے اندر آجاتا ہے وہاں اس کا درونہ تنگ ہو جاتا ہے جس سے فم داخلی (os internum) بنتا ہے۔

رحم کا عملی حالہ امتحان کرنے پر یہ ظاہر ہوتا ہے کہ جسم رحم عنق پر سامنے کی جانب کسی قدر جھکا ہوا ہے، جس سے رحم کے محور میں ایک انحنا پیدا ہو گیا ہے جو سامنے کی طرف کشادہ ہے۔ یہ انحنا ۱۶۰ درجہ کے زاویہ منفرجہ کے برابر ہوتا ہے۔ عدیم الولادت عورتوں میں زاویہ مذکورہ اکثر بہت زیادہ
20 حاد ہوتا ہے، اور بعض اوقات ۹۰ درجہ سے بھی کم ہو جاتا ہے، لیکن یہ تغیر تقریباً تمام صورتوں میں کسی دیگر غیر طبعی حالت مثلاً قصر جسامت (دیکھو صفحہ 146) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ جنین میں رحم کا محور ایک خط مستقیم ہوتا ہے۔ حوضی کہفہ میں رحم کا محل قاعدۃً وسطانی ہوتا ہے۔ بعض اوقات اس میں جانبی میلان بھی نمودار ہو جاتا ہے جس سے جسم رحم کا رخ ایک طرف کو اور عنق کا دوسری طرف کو ہو جاتا ہے۔ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں جبکہ مثانہ خالی ہو جسم رحم بہت بڑی حد تک پیش گردیدہ (anteverted) ہوتا ہے، اور حوض میں تقریباً افقی رخ میں پڑا ہوتا ہے، اور قعر عانتین (pubes) کے بالائی کنارہ کے لبول کے ذرا نیچے، اور فم خارجی ورکی شوکوں (ischial spines) کے لبول پر ہوتا ہے۔ مثانہ کا تمدد رحم کو اوپر کو اور پیچھے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے۔ اور تنکی دیوار سے زیادہ دور ہٹا دیتا ہے۔ اور معائے مستقیم کا تمدد اسے اوپر کو اور سامنے کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ نیز وضع کے اختلافات اور عضلی مساعی بھی اسکے محل وقوع پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ معدوم حس کے زیر اثر دو دستی امتحان کرنے کے دوران میں رحم کو حوض میں ہر سمت میں ہلایا جا سکتا ہے، اور کثیر الولادت عورتوں میں عنق کو نیچے کی جانب تقریباً فرج تک کھینچا جا سکتا ہے۔



شکل ۱۳۔ عدیم الولادت عورت کا طبعی رحم۔ اکلیلی تراش سے رحم کی تنصیف کر دی گئی ہے۔ کہفہ جسم مثلثی ہے، اور کہفہ عنق تکلے نما ہے۔

ساخت۔ جو بافت کہفہ رحم کو استر کرتی ہے جسمی درون رحم (corporeal endometrium) کے نام سے

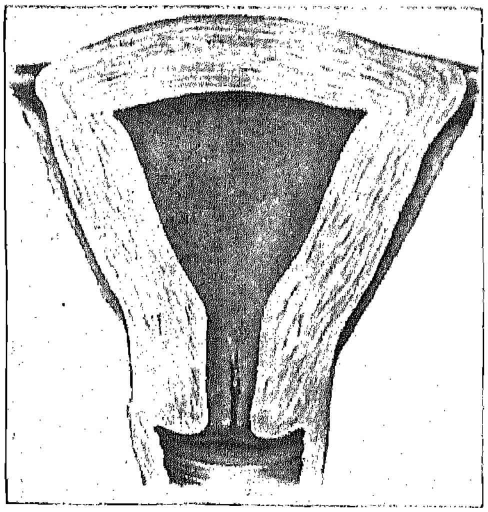
موسوم ہے۔ بہت سے ضروری امور میں یہ دوسرے احشاء کی استری غشا سے مختلف ہوتا ہے، اور اسکو غشائے مخاطی کی اصطلاح سے تعبیر کرنا درست نہیں۔ دروں رحمہ (endometrium) کے بیان سے پہلے یہ بتا دینا ضروری ہے کہ اس کی ساخت اس کے فعلیاتی دور کے درجہ کے مطابق ایک بڑی حد تک بدلتی رہتی ہے۔ یہاں صرف تشریح کی ضروری تفاصیل کا ذکر کیا جائے گا۔ دور حیض کی مختلف ہیئتوں میں جو تغیرات پائے جاتے ہیں ان کے لئے مطالعہ کنندہ کو ایک آئندہ باب (دیکھو صفحہ 100 اور اس کے بعد کے صفحات) دیکھنا چاہئے۔ جسم میں یہ (جسمی دروں رحمہ corporeal endometrium) ہموار مخملی اور خفیف زردی مائل گلابی رنگت کا ہوتا ہے۔ عدسہ کی مدد سے اس پر غدد کے فتحات دیکھے جا سکتے ہیں۔ عنق میں اس (عنقی دروں رحمہ cervical endometrium) میں عرضی شکن پائے جاتے ہیں جن کے درمیان تجاویف (sulci) حائل ہوتے ہیں۔ اگلی اور پچھلی دیواروں کے ساتھ ساتھ ایک ایک وسطانی حید (median ridge) بھی ہوتا ہے (شکل ۱۲)، اور ان حیود پر عرضی شکن ختم ہوتے ہیں۔ یہ تمام ترتیب کسی درخت کے تفرع سے سرسری طور پر مشابہت رکھتی ہے۔ قدیم ماہرین تشریح نے اسے نخل حیات (arbor vitae) کے نام سے موسوم کیا تھا۔ تندرست بالغ عورت میں دروں رحمہ (endometrium) کی اوسط دبازت ۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔ سن یاس کے بعد یہ نحیل ہو جاتا ہے۔

جسم رحم کا دروں رحمہ عضلی دیوار سے بلا واسطہ ملا ہوتا ہے، اور اس کے غدد عضلی ریشوں کے درمیان گھس جاتے ہیں، اس لئے اگرچہ دروں رحمہ کو خریق کر کے جزوی طور پر علیحدہ کیا جا سکتا ہے، لیکن اسے اتارا نہیں جا سکتا۔ وہ ساختیں جن سے دروں رحمہ بنتا ہے یہ ہیں:- (۱) سرحلمہ (سطحی اور غدی)، (۲) ہیکل (stroma) یا خلیّ بافت، (۳) عروق خون و لمف۔ تاحال اس میں عصبی انتہائیں ثابت نہیں کی گئیں۔ 21

جسمی دروں رحمہ کا سرحلمہ (epithelium) ستونی خلیوں کی ایک واحد تہ پر مشتمل ہوتا ہے، جو ایک غشائے قاعدی (basement membrane) پر واقع ہوتے ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ یہ خلیے ہدبہ دار (ciliated) ہوتے ہیں، اور ان کے اہداب (cilia) پہلے پہل سن بلوغ پر ظاہر ہوتے ہیں، اور سن یاس پر غائب ہو جاتے ہیں۔ امراضیاتی صورتوں میں یہ بہت کم دیکھنے میں آتے ہیں۔ سطحی سرحلمہ چند مقامات پر منقعر ہوتا ہے، اور یہ انغمادات ہیکل (stroma) کی تمام

گہرائی میں پائے جاتے ہیں، اور اکثر سطحی غشائی طبقات تک بھی پہنچ جاتے ہیں۔ ان سے جسمی دروں رحمہ کے غدد بنتے ہیں۔ ان کے خلیے متوسط قد کے ہوتے ہیں۔ اور ان کے نوآنات (nuclei) کے محل وقوع میں کوئی یکسانیت نہیں ہوتی۔ بعض اوقات یہ ان کے مرکز میں ہوتے ہیں اور بعض اوقات قاعدی ایک تہائی حصہ میں۔ اور اس امر کا انحصار ایام حیض کی اس تاریخ پر ہوتا ہے جس کو یہ تراش حاصل کی گئی ہو۔ لہٰذا یہ خلیات عنقی غدد کے خلیات سے مختلف ہوتے ہیں، جن میں خلیے بلند قامت ہوتے ہیں اور نوآنات صرف قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۷)۔

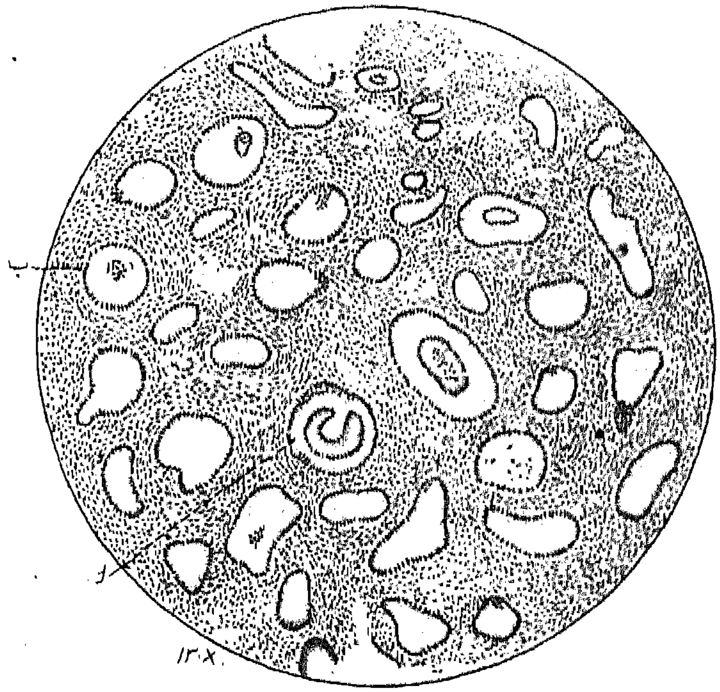
یہ غدد سادہ انبیبی ساختیں ہیں۔ اپنے امر کے عمیق تر حصہ میں یہ کسی قدر لہردار یا پیچیدہ یا مرغولی ہوتے ہیں۔ یہ کسی قدر ترچھے رخ میں گذرتے ہیں اور جب یہ سطح پر کھلتے ہیں تو تنگ ہو جاتے ہیں۔ ان کے گہرے حصے چوڑے اور بعض اوقات شاخدار بھی ہوتے ہیں۔ غدد کی دیوار کے کسی حصہ کا دروں میں انغماد کر آنا شاخیں نکلنے سے کثیر الوقوع ہے، اسی لئے تراش میں ایک چھوٹا سا حلقہ بڑے حلقہ کے اندر دکھائی دیتا ہے۔ (دیکھو شکل ۱۵)۔ خلیوں کے اہداب کا تعاقب انبیب کے بالائی حصہ تک کیا جا سکتا ہے، لیکن یہ جلد ہی غائب ہو جاتے ہیں، اور گہرے حصوں میں بالکل دکھائی نہیں دیتے۔ عرصہ دراز سے اس امر کی تعلیم دی جاتی ہے کہ جسمی دروں رحمہ کے غدد کا سر حلمہ غشائے قاعدی سے مبرا ہوتا ہے لیکن یہ صحیح نہیں۔ تلوین تراش کے مناسب طریقوں سے ایک غشائے قاعدی ثابت کی جا سکتی ہے جیسا کہ صفحہ ۵ (صفحہ 102) سے ظاہر ہے۔



شکل ۱۴۔ صاحب اولاد عورت کا طبعی رحم۔ رحم اپنی چسپیدگیوں سے علیحدہ کر لیا گیا ہے اور اکلیلی تراش سے اس کی تنصیف کر دی گئی ہے۔

ہیکل (stroma) یا رخنی بافت (interstitial tissue) متعنی قسم کی میان ناہضی بافت (mesoblastic tissue) کے ایک جال سے بنی ہوتی ہے۔ خلیوں کی تین قسمیں شناخت کی جاسکتی ہیں۔ اساس اتصالی بافت کے بے قاعدہ یا ستارہ نما خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے جن کے ریشک شاخوں میں منقسم ہو کر ہم پہلو خلیوں کے ریشکوں سے مل جاتے ہیں، اور اس طرح ایک نازک جال بن جاتا ہے۔ سہارا دینے والے اس جال کو مزید تقویت کالیجن ریشکوں (collagen fibrils) سے ملتی ہے جو میلوری (Mallory) کے پولی کروم میتھیلین بلیو (polychrome methylene blue) سے ملون تراشوں میں بہترین طور پر دکھائی دیتے ہیں (دیکھو صفحہ ۵)۔ اس جال سے جو فضائیں بنتی ہیں ان میں مختلف شکلوں اور مختلف جسامت کے بہت سے نام نہاد "ہیکل خلیے" (stroma cells) بھرے ہوتے ہیں۔ یہ خلیے نہایت ہی عظیم الاہمیت ہیں، کیونکہ فعلیاتی ہیجان کے زیر اثر ان کی جسامت بڑھنی شروع ہو جاتی ہے اور انجام کار یہ پختہ ریزینہ (mature decidua) کے ریزینی خلیوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ استراحت پذیر ہیکل خلیہ کی شکل بیلچی ہوتی ہے اور اس کے سرے چوڑے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ گول یا دوکی
22 بھی ہوتی ہے۔ نواتات غیر فعال حالت میں نسبتاً بڑے ہوتے ہیں، اور ان سے خلیہ کا جسم تقریباً پُر ہوتا ہے۔ ان میں ایک یا زیادہ نوییے (nucleoli) ہوتے ہیں جو خوب واضح ہوتے ہیں۔ یہ خلیے کسی معینہ ترتیب سے واقع نہیں ہوتے، مگر غدی انبیبوں اور خون کے عروق کے گرد یہ اکثر اوقات مدوّرات (whorls) کی شکل میں مجتمع پائے جاتے ہیں۔ ان کی جسامت ان کے محل وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ زیادہ بڑے خلیے سطح کے نزدیک ہوتے ہیں جہاں جال زیادہ کھلا ہوتا ہے، اور زیادہ چھوٹے عضلہ کے قریب۔ طبعی دروں رحمہ میں تیسری قسم کا خلیہ لمفی خلیہ (lymphocyte) ہوتا ہے۔ لمف آسا بافت کی گرہیں اور ہیکل کی لمفی خلیات سے دریزیا تندرست دروں رحمہ کے طبعی خواص ہیں۔ اور یہ خلیے جن کے ساتھ کثیر الاشکال نواتی خلیے (polymorphonuclear leucocytes) بھی ہوتے ہیں حیضی دور کی وظیفی فعالیت سے قبل اور اس کے دوران میں بہت نمایاں ہوتے ہیں۔ طبعی دروں رحمہ میں یک نواتی (mononuclear) اور کثیر نواتی (polynuclear) خلیات کے بطور جزو تام موجود ہونے کی وجہ سے صحیح التہابی عمل کی تشخیص مشکل ہو جاتی ہے۔ ان خلیات کے علاوہ کولیجن کے شبکوں (collagen meshes) میں اکثر ایک دانہ دار مادہ پایا جاتا ہے جو غالباً ترویب یافتہ مصل ہوتا ہے۔ چھوٹے چھوٹے عروق جو

درحلمہ کی صرف ایک تہ سے بنے ہوتے ہیں (دیکھو صحفہ ۵) دروں رحمہ کی تمام و بازت میں متفرع ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض کا مر انشعابی ہوتا ہے اوران میں سے شاخیں بھی نکلتی ہیں اور بعض کا افقی ہیکل کے

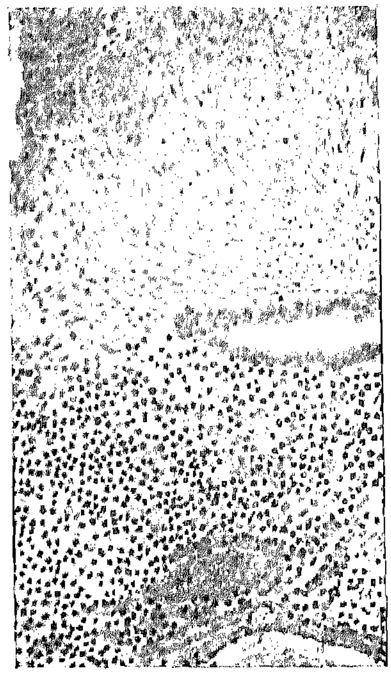


شکل ۱۵۔ جسمی دروں رحمہ (x ۱۳۰) جو دروںنوں میں غدی دیواروں کے انغماد کو ظاہر کرتا ہے۔ (ا) انبیب کے مکمل انغماد کو ظاہر کرتا ہے۔ (ب) ایک انغماد یافتہ انبیب کو ظاہر کرتا ہے جو نوک کے قریب سے کٹ گیا ہے۔ تمام توامات قاعدی دکھائی دیتے ہیں۔

گہرے حصہ میں عروق کبھی کبھی پیچدار بھی ہوتے ہیں۔ طبعی ہیکل میں ایسے عروق نہیں ہوتے جن کی دیواریں لیفی عضلی ہوں۔ اور اس کی تشریحی ساخت ایسی ہوتی ہے کہ یہ متحرک خون اور دروں رحمہ کے ضروری خلوی عناصر یعنی ہیکل اور غدد کے درمیان لمف اور جسمی سیالات کے آزادانہ تبادلہ کی مساعدت کرتی ہے۔

23 عنقی دروں رحمہ (cervical endometrium)۔ جو غشائے مخاطی فم داخلی سے لیکر فم خارجی تک عنقی قنال کا استر بناتی ہے وہ ایک سطحی مرحلہ، ہیکل اور غدد پر مشتمل

ہوتی ہے ۔ سرحلیہ میں بلند " سیاجی " سرحلی خلیوں (high "palisade" epithelial cells) کی ایک ہی تہ موجود ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۷) ۔ فم داخل پر یہ اس سرحلیہ سے مسلسل ہو جاتا ہے

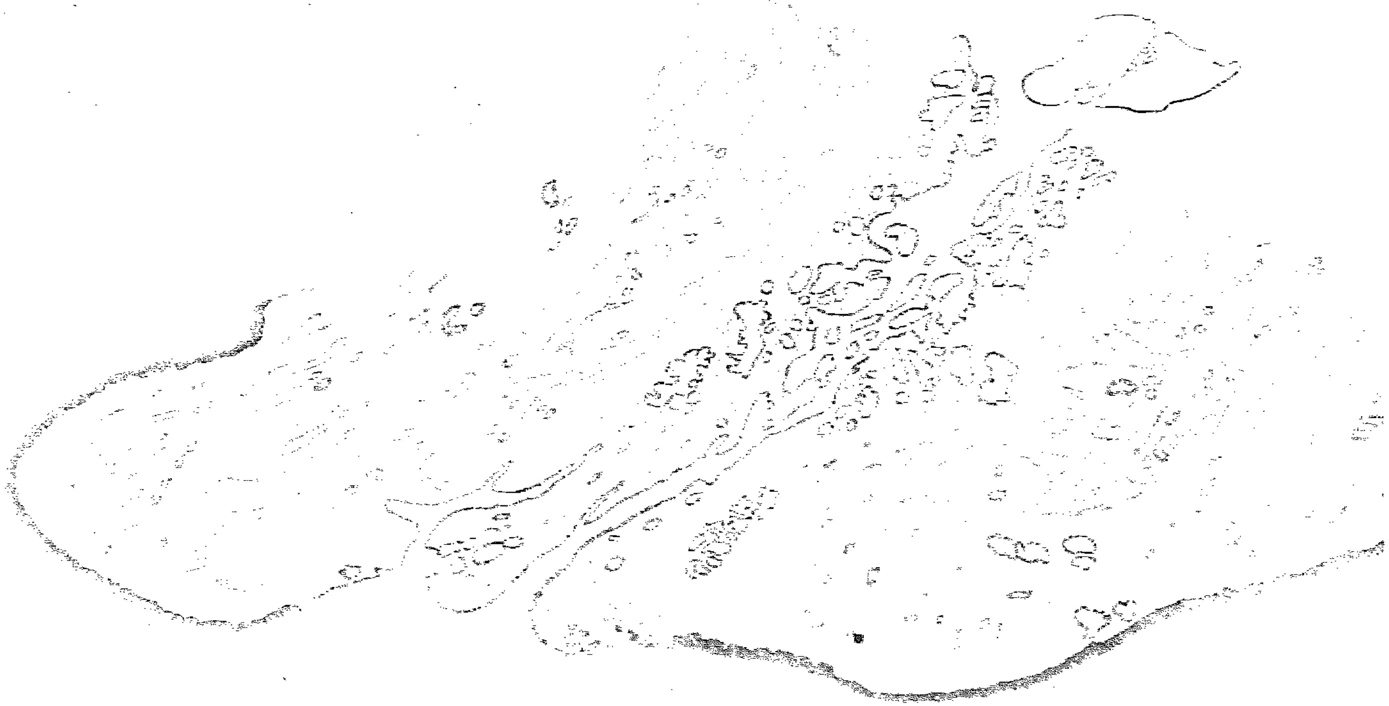


شکل ۱۶ ۔ جسمی دروں رحمہ کا ہیکل ۔ تصویر کے حصہ زیریں میں ہیکل کا ملفت سا منظر بخوبی ظاہر کیا گیا ہے ۔



شکل ۱۷ ۔ عنقی دروں رحمہ میں سے تراش ۔ سطحی سرحلیہ بلند " سیاجی " خلیوں کی ایک ہی تہ سے مرکب ہے ۔ ہیکل یا خلیے کم تعداد میں موجود ہیں اور جسم رحم کے دروں رحمہ کے ہیکل کی نسبت اس میں زیادہ لیفی بافت پائی جاتی ہے۔

جو جسم رحم کے کہفہ کو محصور کرتا ہے ۔ یہ خلیے فرداً فرداً جسمی خلیوں سے کہیں بلند ہوتے ہیں ۔ اور ان کے نوات مرکزی نہیں ہوتے بلکہ قاعدی ہوتے ہیں ۔ عاصہ سرحلیہ ان ارتفاعات ـــــ کے جو



شکل ۱۰ عنق کے مہبلی حصے میں سے سہمی تراش کو ظاہر کرتی ہے۔ مہبلی سطح کا فلسمانی مرحلہ فم خارجی کے حاشیہ پر عنقی قنال کے ستونی مرحلہ سے مسلسل ہے۔ طبعی عنقی دروں رحمہ کے منظر کو غور سے دیکھنا چاہیے۔ اس میں پیچیدہ شکن پائے جاتے ہیں۔ بدرنشاندہ تصویر اس تراش کے خاکہ کو ظاہر کرتی ہے جو خردبین سے مطالعہ کرنے کیلئے کاٹی گئی ہے)۔

"شجرِ حیات" (arbor vitæ) سے موسوم ہیں اوپر سے ہوکر گذرتا ہے اور فم نما تک پہنچ کر پورشیو
(portio) یعنی عنق کے نچلے حصہ کے فلسانی سرطلمہ سے مل جاتا ہے۔ علاوہ ازیں یہ ان غدد کے سرطلمہ
سے بھی تسلسل قائم کرتا ہے جو ہیکل میں بہت کثیر التعداد ہوتے ہیں۔

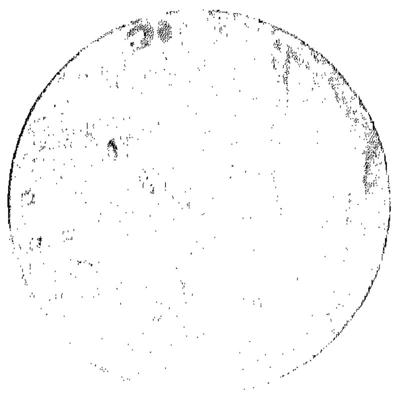
حمل اور حیض کے لئے کسی اختصاص کی ضرورت نہیں ہوتی۔ حیضی تہیج کے زیر اثر عنقی غدد
نہ تو پھیلتے ہیں اور نہ ان کی جسامت میں تخفیف ہوتی ہے اس لئے ان کے اردگرد بافت کے نرم اور تمدد
پذیر مہاد کی ضرورت نہیں۔ لہٰذا یہ ہیکل ایسی ساخت سے مرکب ہوتا ہے جو عنق الرحم کی عمومی لیفی عضلی 25
دیوار کی بافت سے قریبی مشابہت رکھتی ہے اور اسی کے ساتھ غیر محسوس طور پر مل جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۸)۔

عنقی غدد جسمی غدد سے تعداد میں کہیں زیادہ ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض سادہ ہوتے ہیں
لیکن اکثر مرکب عنقودی ساخت کے ہوتے ہیں اور لیفی عضلی بافت کی گہرائی میں دور تک پہنچ جاتے
ہیں اور عنقی قنال کی سطح سے ربط رکھتے ہیں جس میں ان کا افراز خارج ہوتا ہے۔ ان کے انتہائی حصص
کا اتساع اکثر اوقات دیکھنے میں آیا ہے جو غدی قناتوں کے بند ہونے سے واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات
یہ متسع حصے جسامت میں بڑھ جاتے ہیں اور ان سے چھوٹے چھوٹے احتباسی دویرے (retention
cysts) بنجاتے ہیں جو عنق الرحم کی سطح پر نظر آتے ہیں اور ہاتھ سے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ انہیں بوتھ کے بیضے
(Naboth's ovules) کہا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۹)۔ بعض اوقات ان جرابوں میں سے کوئی ایک پورشیو
(portio) کی سطح پر بھی کھلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ عنقی غدد سے افراز بافراط پیدا ہوتا ہے جس
میں مخاط بکثرت پایا جاتا ہے۔ اس کا تعامل قلوی ہوتا ہے اور یہ صاف، بے رنگ، لزج (viscid)
اور چکٹ ہوتا ہے۔

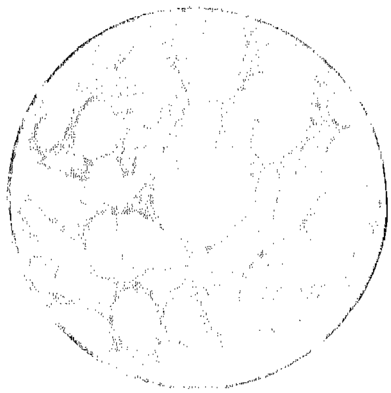
عنقی غشائے مخاطی کے سیاحی سرطلمہ اور پورشیو (portio) کے فلسانی سرطلمی غلاف کا
برزخ فم خارجی پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۸)۔ جنین میں اسکے مستثنیات بھی ملتے ہیں کیونکہ
بعض اوقات اسطوانہ نما سرطلمہ پورشیو (portio) کی سطح پر بھی پھیلا ہوتا ہے۔ کہا جاتا ہے
سرطلمہ کی یہ غیر تمثیلی تقسیم جوان عورتوں میں ایک امراضیاتی صورت میں برقرار رہتی ہے جو خلقی
عنقی تآکل (congenital cervical erosion) کے نام سے موسوم ہے۔ علاوہ اسکے
بعض حالتوں میں یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ بالغ عورتوں میں فلسانی سرطلمہ قنال عنق کے اندر تک پھیلا ہوتا ہے۔

نظامِ عضلی۔ دیوار رحم کا بہت بڑا حصہ سادہ عضلہ اور لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے جسم
رحم میں عضلی ریشے ایک واضح بنڈلوں کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں جو تھوڑی سی بافتِ لیفی بافت کے

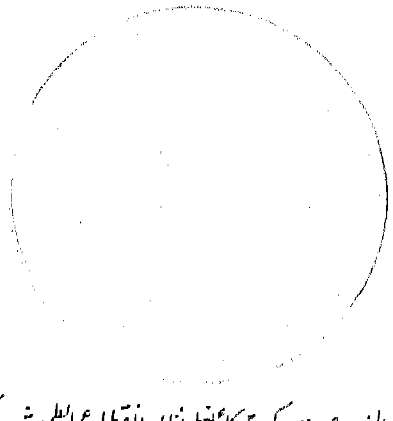
صفحہ ۱



ا ۔ باکرہ کے رحم کا عضلی نظام سن بلوغ کے بعد۔



ب ۔ صاحب ولادت عورت کے رحم کا عضلی نظام انقطاع الطمث سے پہلے۔



ج ۔ سالخوردہ عورت کے رحم کا عضلی نظام انقطاع الطمث کے بعد۔

ان تراشوں کی تلوین وان گیسن (Van Gieson) کے طریقہ سے کی گئی تھی ۔ عضلات زرد نظر آرہے ہیں اور لیفی بافت سرخ دکھائی دیتی ہے ۔ ایلاسٹین کی تمیز نہیں کی جا سکتی ۔ زندگی کے مختلف مدارج میں لچکدار بافت کی مقدار کا اندازہ کرنے کے لئے وہ صفحہ جات دیکھے جائیں جو رحم کے مزمن زیرالتفاف (Chronic Subinvolution) میں ہیں یا صفحہ 434-

مستویوں سے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں۔ عضلہ اور لیفی بافت کا باہمی تناسب عمر کے مطابق اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ یعنے بلوغ سے قبل ان میں ۲ اور ۳ کی نسبت ہوتی ہے' اور اس کے بعد عضلہ کی مقدار بہت بڑھ جاتی ہے' اور ان میں ۳ اور ۲ کی نسبت ہو جاتی ہے (صحفہ ۱)۔ سن یاس کے بعد عضلہ میں بتدریج تخفیف ہونا شروع ہو جاتی ہے۔ حتیٰ کہ ان کا باہمی تناسب پھر ۲ اور ۳ تک پہنچ جاتا ہے (صحفہ ۱)۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ عضلہ کی تناسبی مقدار صنفی فعالیت کے زمانہ میں زیادہ ہوتی ہے۔ جبکہ وظیفۂ حیض کے لئے اور دوران حمل میں رحمی جنین پرورش کے لئے اساس قائم کرنے کے لئے اس کی ضرورت ہوتی ہے۔

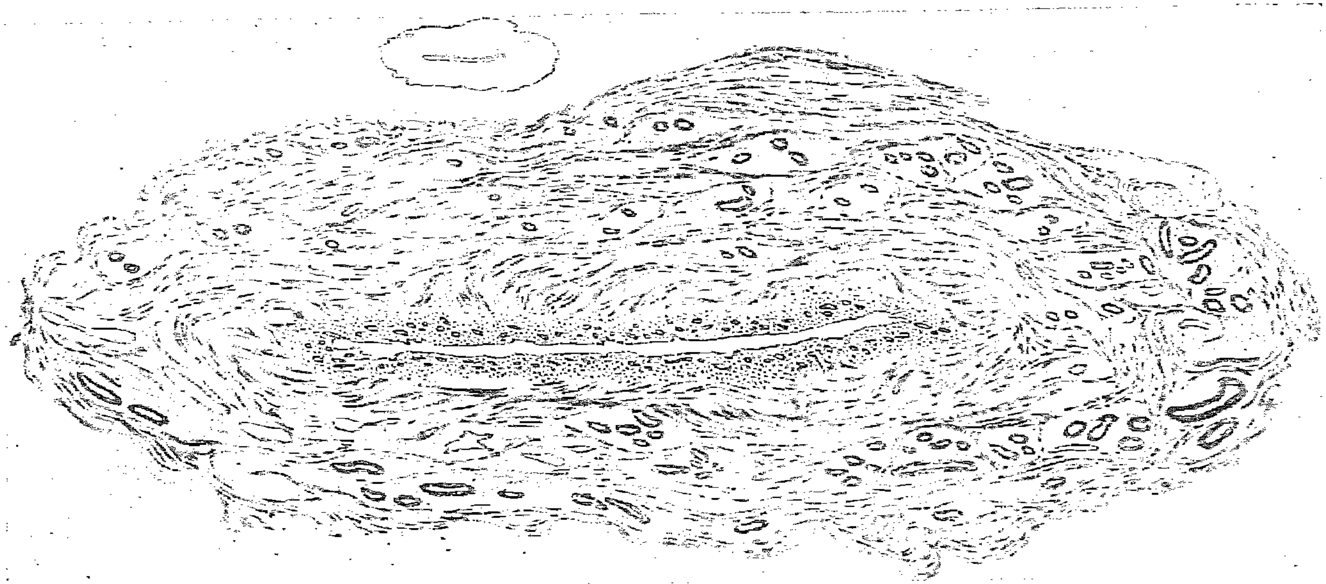
عنق میں عضلی اور لیفی بافتیں ایک گنجان شبکہ کی صورت میں باہم در بافتہ ہوتی ہیں جس میں بنڈل یا مستوی فرداً فرداً شناخت نہیں کیے جا سکتے۔ جسم رحم میں یہ ترتیب زیادہ واضح ہوتی ہے۔ چنانچہ ٹینڈلر (Tandler) نے [جیسا کہ کوئین (Quain) نے حوالہ دیا ہے] (۱) تحت مصلی (subserous) '(۲) عرقی (vascular) ' اور (۳) تحت مخاطی (submucous) تین عضلی تہوں کا ذکر کیا ہے۔ لیکن ان کا یہ بیان ہے کہ ان تہوں کے آپس میں ایک بہت بڑی حد تک دربافتہ ہونے کی وجہ سے ان کا ایک دوسرے سے علیحدہ کرنا مشکل ہے' اور بعض مقامات پر ناممکن ہے۔ عرقی تہ سب سے زیادہ نمو یافتہ ہوتی ہے' اور اس کی ترتیب بیشتر مدور ہوتی ہے (شکل ۲۰)۔ دوسری دو تہیں نسبتہً پتلی ہوتی ہیں۔

رحم کے عضلی نظام کا مطالعہ حامل رحم میں حمل کی میعاد کے اختتام پر بہترین طور پر کیا جا سکتا ہے' جبکہ ریشوں کا طول $\frac{1}{100}$ انچ سے $\frac{1}{40}$ انچ تک پہنچ جاتا ہے۔ اور اس جنین پرورش پر جنین تکون (hyperplasia) یا ریشوں کی زیادتی تعداد کا بھی اضافہ ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں تحت مصلی ورقہ (subserous lamina) (شکل ۲۰) ایک باریک سطحی تختہ پر جو باریطون کے عین نیچے ہوتا ہے' اور غیر مکمل طبقات پر جو زیادہ گہرائی میں واقع ہوتے ہیں مشتمل ہوتا ہے۔ تختہ مذکور طولانی بندوں سے بنا ہوتا ہے' جو عنق سے اوپر کی جانب کو جاتے ہیں۔ اور جسم رحم کی سامنے کی جانب سے ہو کر قعر رحم کے اوپر سے محراب کی شکل میں گذر کر پشت رحم پر سے نیچے کی طرف کو آجاتے ہیں' اور عنق کی پچھلی دیوار اور رحمی عجزی شکنوں (utero-sacral folds) میں غائب ہو جاتے ہیں۔ جانبین پر اس عضلی تختہ کے ریشے عریض رباطوں میں گذر جاتے ہیں جہاں یہ مستدیر اور بیضی رباطوں اور قلوبی نلیوں کی اوپر کی سطح تک پہنچ جاتے ہیں بقول بونی (Bonney) 26

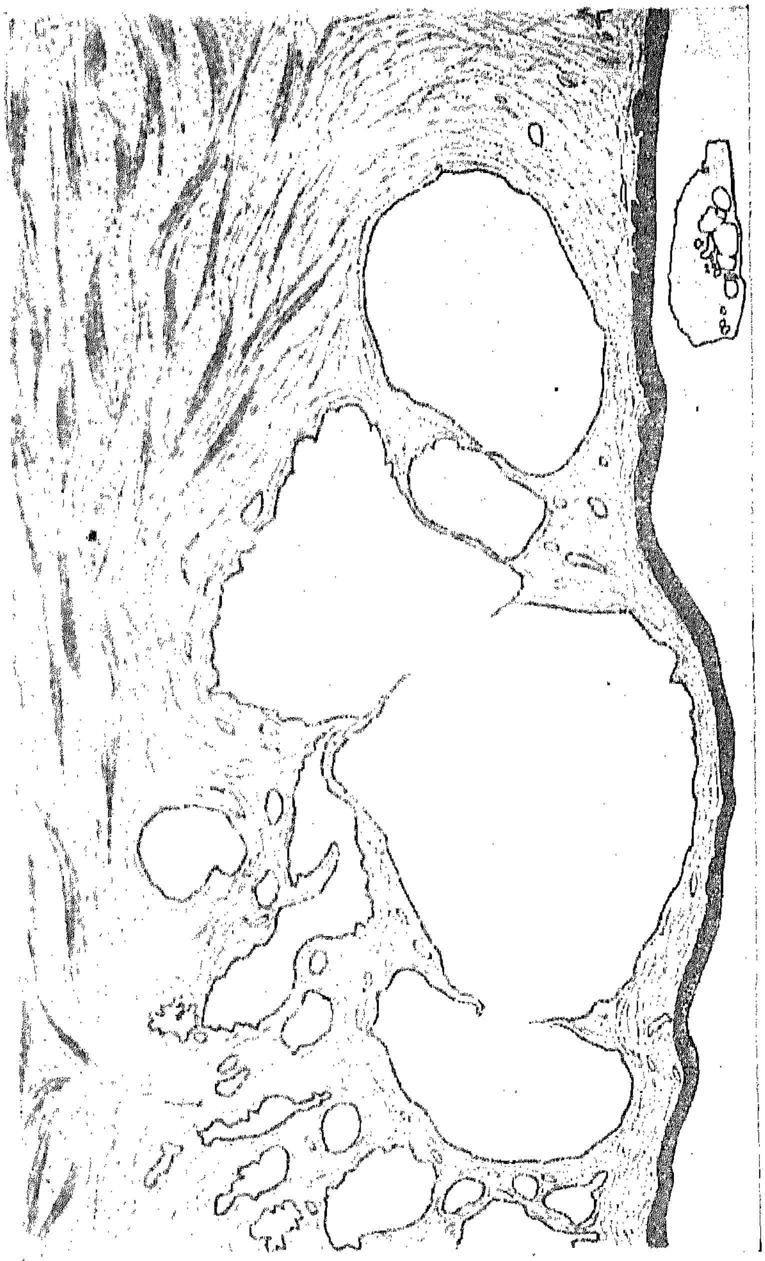


شکل ۱۹۔ عنق کے نچلے حصہ کی تراش جو غدد کے اتساع و نبوتھ کے جرابوں کے بننے کو ظاہر کرتی ہے۔ (بڑے محدب سے یہ تراش دانہ دار کی طرح نظر آتی ہے)۔

اس طولانی عضلی تختہ کا تعاقب سامنے کی طرف سے نیچے کی جانب عنق کے اوپننگ کیا جا سکتا ہے جہاں یہ

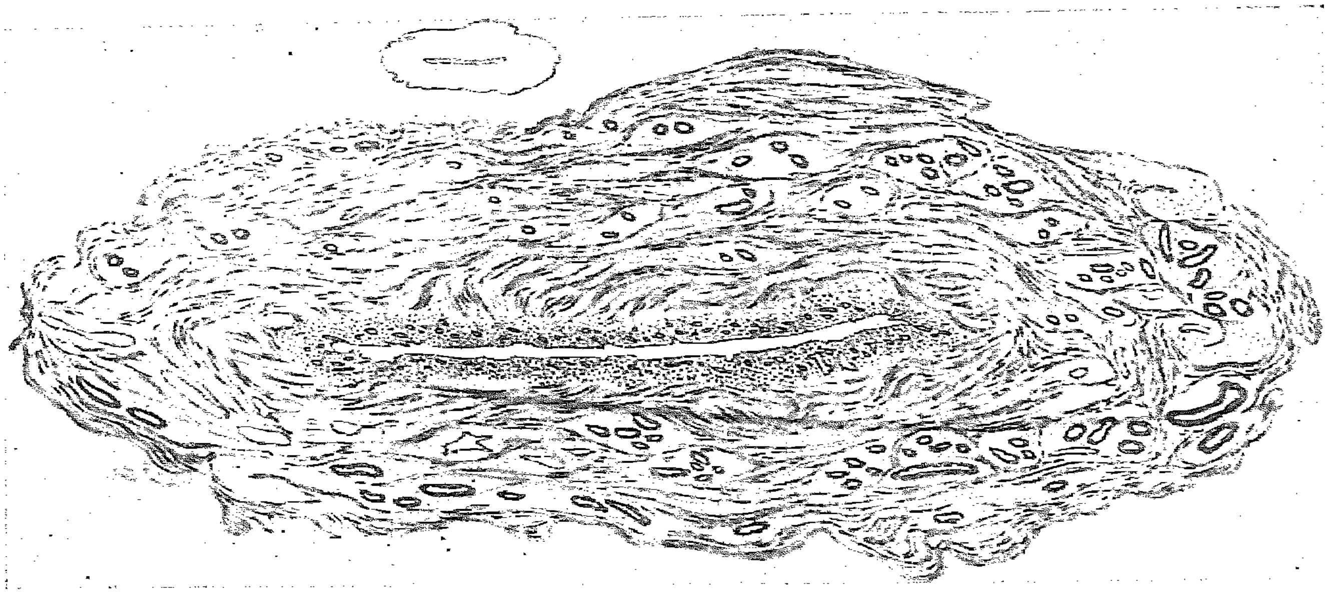


شکل ۲۰۔ جسم رحم میں سے مستعرض تراش جو عضلی نظام کو ظاہر کرتی ہے۔ زیر مخاطی تہ دبیز ترین ہے اور اس کے عمیق ترین ریشے عضلہ مخاطیہ (muscularis mucosæ) کے قائم مقام تصور کئے جا سکتے ہیں۔ اس سے باہر کی طرف عرقی تہ عروق خون کے گرد دائری بنڈلوں کی شکل میں دکھائی دیتی ہے۔ پیچھے کی طرف یہ زیادہ موٹی ہے۔ زیر مصلی تہ (خارجی) باریک ترین ہے۔



شکل ۱۹- عنق کے مہبلی حصہ کی تراش جو غدد کے اتساع اور نیبوتھ کے جرابوں کے بننے کو ظاہر کرتی ہے۔ (برہنہ آنکھ سے یہ تراش درخشندہ دھاگے کی طرح نظر آتی ہے)۔

اس طولانی عضلی تختہ کا تعاقب سامنے کی طرف سے نیچے کی جانب عنق کے اوپر تک کیا جا سکتا ہے' جہاں یہ



شکل ۲۰۔ جسم رحم میں سے مستعرض تراش جو عضلی نظام کو ظاہر کرتی ہے۔ زیر مخاطی تہ دبیز ترین ہے، اور اس کے عمیق ترین ریشے عضلہ مخاطیہ (muscularis mucosæ) کے قائم مقام تصور کئے جا سکتے ہیں۔ اس سے باہر کی طرف عرقی تہ عروق خون کے گرد دائری بنڈلوں کی شکل میں دکھائی دیتی ہے۔ پیچھے کی طرف یہ زیادہ موٹی ہے۔ زیر مصلی تہ (خارجی) باریک ترین ہے۔

وسطانی خط میں عانی عنقی عضلہ (pubo-cervicalis) کے ریشوں اور جانبین پر مستعرض عنقی (transverse cervical) (اعظم : cardinal) رباطات سے متحد ہوجاتا ہے (دیکھو صفحہ 16,15) عرقی ورقہ (vascular lamina) پیچھے کی طرف دبیز ترین ہوتا ہے (شکل ۲۰)۔ اور یہ بھی قعر کے اوپر سے محراب کی شکل میں گذرتا ہے، اور عروق خون کے گرد بے قاعدہ ترتیب یا دائروں کی شکل میں موجود ہوتا ہے، ان عروق کا محل دیگر جوفدار اعضا کی تحت مخاطی فضائی بافت (submucous areolar tissue) کا متناظر ہوتا ہے۔ تحت مخاطی ورقہ (submucous lamina) کثیر التعداد ہم مرکز حلقوں پر مشتمل ہوتا ہے جو قلوبی نلیوں کے فتحات کے اردگرد موجود ہوتے ہیں۔ ان میں سے سب سے بڑے دائرے رحم کے وسط میں ایک دوسرے سے ملتے ہیں، 28
اور نیچے جاکر انہی سے فم داخلی اور فم خارجی کے عضلات عاصرہ طیار ہوتے ہیں۔

لچکدار بافت (elastic tissue)۔ طبعی عدیم الولادت رحم میں لچکدار بافت کی مقدار بہت کم ہوتی ہے، لیکن جو کچھ بھی موجود ہوتی ہے وہ مندرجہ ذیل طریق پر منقسم ہوتی ہے:- (۱) ایک باریک ورقہ لچکدار بافت کا اندرونی طبقہ (elastica interna) جو شریانوں کے اندرونی طبقہ میں پایا جاتا ہے۔ (۲) کچھ مقدار وریدوں کے وسطی طبقہ میں موجود ہوتی ہے۔ (۳) کچھ مقدار عضلی بنڈلوں کے درمیان باریک ریشوں کی شکل میں پائی جاتی ہے اور دیوار رحم کی باہر کی تہ میں یہ خاص کر موجود ہوتی ہے۔ ولفریڈ شا (Wilfred Shaw) کا یہ بیان ہے کہ عدیم الولادت رحم کے اندر لچکدار بافت کی مقدار میں عمر کی زیادتی کے ساتھ خفیف سا اضافہ ہوجاتا ہے جو بخوبی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ وضع حمل کے بعد رحم کی لچکدار بافت کی مقدار عضلی بنڈلوں کے درمیان ایک کافی حد تک بڑھ جاتی ہے، اور جو بنڈل بڑے بڑے عروق خون کے خلوں میں پائے جاتے ہیں ان کے درمیان اس میں خاص طور پر اضافہ ہوجاتا ہے (صفحہ ۱۹)۔ ڈبلیو شا (W. Shaw) کے قول کے مطابق لچکدار بافت کی حقیقی مقدار موضوع کی تعداد ولادت کے ساتھ بلاواسطہ تناسب رکھتی ہے۔ اسکا خیال ہے کہ اس بافت کی فراہمی ایک خالصتہً فعلیاتی عمل ہے، اور کثیر الولادت رحم میں اس کی موجودگی عروق اور عضلہ رحم دونوں کی قدرتی صلابت (sclerosis) پر دلالت کرتی ہے جو حمل کا نتیجہ ہوتی ہے۔ ڈبلیو شا (W. Shaw) کی جدید تحقیقات سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ کثیر الولادت رحم کی لچکدار بافت کی اس زیادتی کو، جو اس مقدار کے علاوہ ہو جو عام طور پر طبعی تسلیم کی جاتی ہے، ناقص التفاف (subinvolution) کے لئے کوئی معیار

تصور نہیں کیا جا سکتا۔ یہی خیال پہلے گڈال (Goodall) نے بھی ظاہر کیا تھا اور فلیچر شا (Fletcher Shaw) نے اس کی تائید کی تھی (دیکھو صفحہ 434)۔

عروق خون جملہ لیفی عضلی مستویوں سے ہو کر گذرتے ہیں، لیکن عرقی ورقہ (vascular lamina) میں ان کا مطالعہ بہترین طور پر کیا جا سکتا ہے، جہاں بڑے بڑے شریانی اور وریدی مجاری موجود ہوتے ہیں۔ شریانوں کا مر مرغولی اور پیچیدار ہوتا ہے، اور یہ حالت ایسے عضو کیلئے جس کی جسامت میں ایک بڑی حد تک تبدیلیاں واقع ہوتی ہوں ایک لازمی شئے ہے۔ ان کی جسامت کے مقابلہ میں ان کی دیواریں بہت موٹی ہوتی ہیں۔ جوان عورتوں کے رحم کے عروق میں اکثر اوقات بہت نمایاں تنزلی تغیرات پائے جاتے ہیں۔ یہ تغیرات التفاف (involution) کے طبعی عمل ہی کا ایک جزو ہیں، جو ایک خاص حد پر بند ہو کر مستقل طور پر باقی رہ جاتے ہیں سن یاس کے بعد ان میں زجاجی تنزل (hyaline degeneration) پیدا ہو جاتا ہے، جو شریانوں کے تمام طبقات پر اثر انداز ہوتا ہے (دیکھو صحفہ ا۔ ج)۔

عروق لمف اور اعصاب۔ رحم میں عروق لمف اور اعصاب کی رسد بہ کثرت ہوتی ہے۔ قبل الذکر کا تذکرہ دیگر حوضی عروق لمف کے ساتھ کیا جائیگا۔ رحم کے اعصاب مشارکی نظام سے آتے ہیں، جن کی وساطت سے اس عضو کو مرکزی عصبی نظام اور دیگر شکمی احشاء سے بھی ایک قریبی تعلق حاصل ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 71، 72)۔

باریطون۔ رحم کا باریطونی غلاف قعر کو مکمل طور پر پوشیدہ کرتا ہے، اور یہاں سے منعکس ہو کر مستدیر رباط اور نلوی نلیوں پر پہنچ جاتا ہے۔ جسم رحم کی اگلی اور پچھلی سطحیں باریطون سے مکمل طور پر ڈھکی ہوتی ہیں، لیکن جانبین پر اس کا ایک کافی حصہ اس غلاف سے مبرا ہوتا ہے۔ یہ برہنہ رقبہ شکل میں کسی قدر مثلثی ہوتا ہے، اور اس کا زاویہ راس اوپر کی طرف اور قاعدہ نیچے کی طرف فم داخلی کے لیول پر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶)۔ عنق کی اگلی جانب اور اطراف پر کوئی باریطونی غلاف نہیں ہوتا، لیکن فوق مہبلی حصہ کی پچھلی طرف اس باریطون سے ڈھکی ہوتی ہے جو رحم کی پچھلی طرف سے نیچے کو ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے فرش تک چلا آتا ہے (شکل ۷)۔ باریطون عام طور پر ماتحت عضلہ سے محکم طور پر چسپیدہ ہوتا ہے، لیکن اگلی دیوار کے نیچے کے حصہ پر، فم داخلی سے ½ انچ اوپر تک، باریطون کے نیچے خلوی بافت موجود ہوتی ہے، جو نیچے سے اوپر کو جاتی ہے۔ اور اس کی وجہ سے باریطون رحم کی دیوار سے اتارا جا سکتا ہے۔ یہ رقبہ اس مقام کو ظاہر

29 کرتا ہے جہاں میعاد حمل کے اختتام کے نزدیک زیریں رحمی قطعہ (lower uterine segment) پیدا ہوتا ہے۔

رحم کی چسپیدگیاں (uterine attachments)۔ رحم کی چسپیدگیوں کا شمار مندرجہ ذیل ترتیب سے کیا جا سکتا ہے:۔

(۱) عریض رباطات (broad ligaments)۔

(۲) رحمی عجزی رباطات (utero-sacral ligaments)۔

(۳) عنق کے مستعرض رباطات۔

(۴) عنقی مہبلی مقام اتصال (cervico-vaginal insertion)۔

(۵) مستدیر رباطات (round ligaments)۔

عریض، رحمی عجزی، اور مستعرض عنقی رباطات کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 8 تا 13)۔

عنقی مہبلی مقام اتصال (cervico-vaginal insertion)۔ رحم مہبل کے ساتھ دیگر ساختوں کی نسبت زیادہ مضبوطی سے پیوستہ ہوتا ہے۔ مہبل کا اوپر کا سرا معکوس ہوتا ہے اور اس کی شکل ایک پیالہ نما نشیب کی سی ہوتی ہے جس میں عنق کا مہبلی حصہ واقع ہوتا ہے۔ عنق اور مہبل کی لیفی عضلی بافتیں ایک دوسرے سے بہت اچھی طرح سے متحد ہوتی ہیں، اور موخرالذکر کا مطبق سرطلمہ (stratified epithelium) عنق کی سطح پر سے گذر کر فم خارجی تک چلا جاتا ہے۔ کاٹے بغیر مہبل کا عنق سے علیحدہ کرنا ناممکن ہے کیونکہ ان کے درمیان خلوی بافت کا کوئی مستوی حائل نہیں ہوتا، اور ان دونوں اعضا کا تسلسل مکمل ہوتا ہے۔ مہبلی قنال کو زیادہ تر سہارا مہبل اور عنق کی باہمی پیوستگی سے ملتا ہے، لیکن نیچے کی طرف اس کے زیریں ایک تہائی حصہ میں اس کو عضلات رافع المبرز (levators ani) کے ریشوں سے مزید سہارا پہنچتا ہے۔ اور اس کا بالائی دو تہائی حصہ مستعرض عنقی رباطوں (transverse cervical ligaments) سے اپنی جگہ پر قائم رہتا ہے۔ عنق رحم کے مہبل سے متحد ہونے، اور ان ساختوں کے آپس میں یکجان ہو جانے کی وجہ سے یہ بخوبی روشن ہو جائے گا کہ مہبل کے سہاروں کے کمزور ہو جانے سے رحم کی وضع پر جلد ہی اثر پڑے گا (دیکھو رحم کی تغیر وضعیتیں صفحہ 589, 590)۔

مستدیر رباطات (round ligaments)۔ یہ دو پتلی پتلی حبل نما ساختیں ہیں

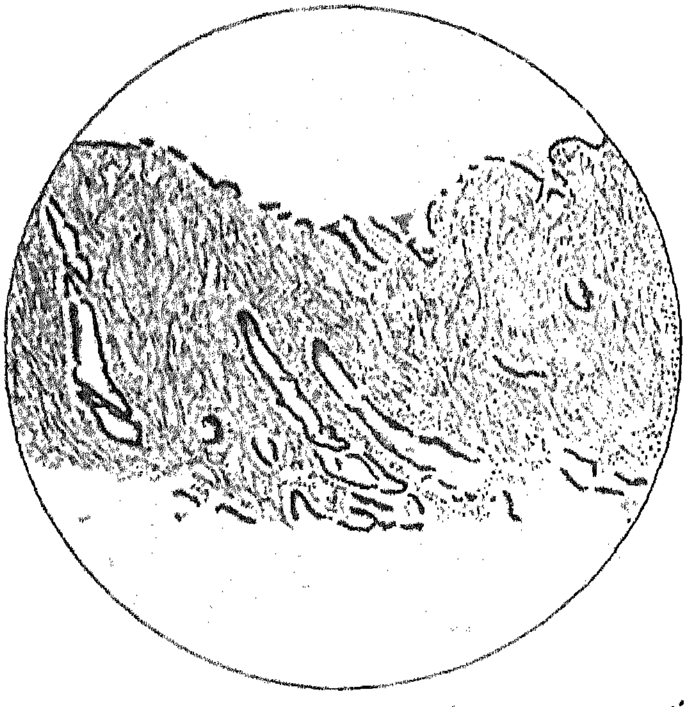
جو قرن الرحم کی اگلی طرف سے نکل کر ہر ایک عریض رباط کی مقدم باریطونی تہ کے نیچے سے نیچے کی اور باہر کی طرف کو جاتی ہیں، اور پھر سامنے کی اور کسی قدر اوپر کی طرف کو خم کھا کر داخلی شکمی حلقہ (internal abdominal ring) کو عبور کر جاتی ہیں ۔ اربی قنال (inguinal canal) میں پہنچ کر یہ منشق ہو جاتی ہیں اور شفرتین کبیر (labia majora) کی تحت جلدی بافت سے پیوستہ ہو جاتی ہیں ۔ مستدیر رباط کا باریطون ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے جس کی وجہ سے یہ اپنی جائے قیام سے بلا تکلف اٹھایا جا سکتا ہے ۔ اس امر سے مختلف جراحی عملیات میں استفادہ کیا جاتا ہے ۔

مستدیر رباطات تقریبًا تمام سادہ عضلات سے مرکب ہوتے ہیں، جیسا کہ زندہ موضوعات میں دیکھنے میں آتا ہے ۔ یہ مختلف موٹائی کی ڈھیلی ڈھالی ساختیں ہیں ۔ بعض حالتوں میں یہ تقریبًا اتنے پتلے ہوتے ہیں جتنی پتلی کہ جراحی کی سلائی (surgical probe) ۔ دیگر حالتوں میں یہ اتنے موٹے ہوتے ہیں جتنی موٹی کہ سیسہ کی پنسل ۔ ان رباطات کا ممر منحنی ہوتا ہے ۔ اور یہ کہفۂ شکم سے اس مقام پر نکلتے ہیں جو امکانًا اس مستوی پر واقع ہوتا ہے جو طبعی پیش گردیدہ رحم کے قعر کے مستوی سے متاخر ہوتا ہے، اور اسی پر یہ اکثر اوقات واقع ہوتا بھی ہے ۔ ان تشریحی امور سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ رباطات رحم کے طبعی سہاروں کی حیثیت سے محض ایک معاون فعل سر انجام دیتے ہیں ۔ بلحاظ نمو یہ مرد کے حاملۂ خصیہ (gubernaculum testis) کے متناظر ہیں (دیکھو صفحہ 86) ۔ دوران حمل میں ان میں ایک غیر معمولی بیش پرورش واقع ہو جاتی ہے جس سے یہ نتیجہ نکالا جا سکتا ہے کہ یہ ہرگز عدیم الفعل ساختیں نہیں ۔ سی مارٹن (C. Martin) نے یہ خیال ظاہر کیا ہے کہ مستدیر رباطات کا اصلی فعل یہ ہے کہ یہ وضع حمل کے دوران میں طولانی عضلی ریشوں کے انقباضات کے وقت رحم کو قائم رکھتے ہیں اور اس کے لئے پالہنگ (tether) کا کام دیتے ہیں ۔ اس طرح یہ ان انقباضات کو اخراج جنین کے لئے زیادہ موثر بنا دیتے ہیں ۔

30 **زندگی کے مختلف حصوں میں رحم کی حالت** ۔ جنین میں ساتویں مہینہ میں رحم حوضی لگر کے اوپر واقع ہوتا ہے ۔ یعنی بالغ کے مقابلہ میں یہ زیادہ اونچے لیول پر ہوتا ہے ۔ عنق طول میں تقریبًا جسم کے برابر ہوتی ہے ۔ اور عنقی دروں رحم کی ترتیب جو "نخل حیات" (arbor vitæ) کے نام سے موسوم ہے اس زمانہ سے قبل ظاہر ہو چکتی ہے ۔ رحم کا محور سیدھا اور تقریبًا انتصابی ہوتا ہے ۔ سن بلوغ میں رحم سرعت سے بڑھنا شروع ہو جاتا ہے، اور جسم عنق کے مقابلہ میں زیادہ تیزی سے بڑھتا ہے، حتیٰ کہ ان کا تناسب ۲ : ۱ تک پہنچ جاتا ہے جو بلوغ میں

پایا جاتا ہے۔ اسی دوران میں جسم اور عنق کا درمیانی زاویہ ظاہر ہوتا ہے، اور تمام کا تمام عضو پیش گردیدہ ہو کر اس قدر گر جاتا ہے کہ حوضی گگر کے لبوں کے نیچے تک پہنچ جاتا ہے۔ دیوار رحم کے عضلہ کا تناسب بہت بڑھ جاتا ہے، لیکن عنق میں یہ تناسب اس حد تک دیکھنے میں نہیں آتا۔

بچہ پیدا ہونے کے بعد رحم کی کلائی کا غدہ مستقل طور پر باقی رہتی ہے۔ اور عنق پر کم و بیش وسیع وریدچیوں کے نشانات پائے جاتے ہیں، اور فم خارجی کلائی یافتہ ہوتا ہے (دیکھو شکل



شکل ۲۱ ان تغیرات کو ظاہر کرتی ہے جو دروں رحم میں پیرانہ سالی میں واقع ہوتے ہیں × 65 ۔ سطحی مرحلہ میں تقشر واقع ہو رہا ہے، غدد ترچھے رخ میں سطح کی طرف جا رہے ہیں، اور ان کا مرحلہ انحطاط یافتہ ہے۔ ہیکل بہت لیفیت یافتہ ہے، اور تمام کا تمام دروں رحم پتلا ہو گیا ہے۔

۳۵۹ و ۳۶۰ ۔صفحہ 581, 582)۔ تراش میں یہ ظاہر ہوتا ہے کہ رحم کی دیوار موٹی ہو گئی ہے، اور اس تغیر میں غشائے مخاطی اور نظام عضلی ہر دو شریک ہیں۔ نیز کہنہ رحم بھی عدیم الولادت رحم کے

کہفہ کے مقابلہ میں زیادہ بڑا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۳ صفحہ 21)۔ نظام عضلی میں عام طور پر موٹی دیوارو والی شریانیں دکھائی دیتی ہیں۔ بعض میں یہ دبازت زیادہ تر داخلی طبقہ (intima) میں ہوتی ہے، اور اس حالت میں شریانیں منطمس بھی ہو جاتی ہیں۔ اور بعض میں یہ وسطی طبقہ (media) اور خارجی طبقہ (adventitia) میں واقع ہوتی ہے۔ یہ موٹائی عروق کی دیواروں کی لیفی عضلی بافت میں ہیالین (hyalin) کے فراہم ہونے سے پیدا ہوتی ہے۔ عروق کے اردگرد سہارا دینے والی لیفی بافت کی
31 جگہ لچکدار بافت کثرت سے پیدا ہو جاتی ہے، جو وئگرٹ کے لچکدار بافت کے لون (Weigert's elastic-tissue stain) سے واضح کی جاسکتی ہے (دیکھو صفحہ ۱۹ مقابل صفحہ 434)۔

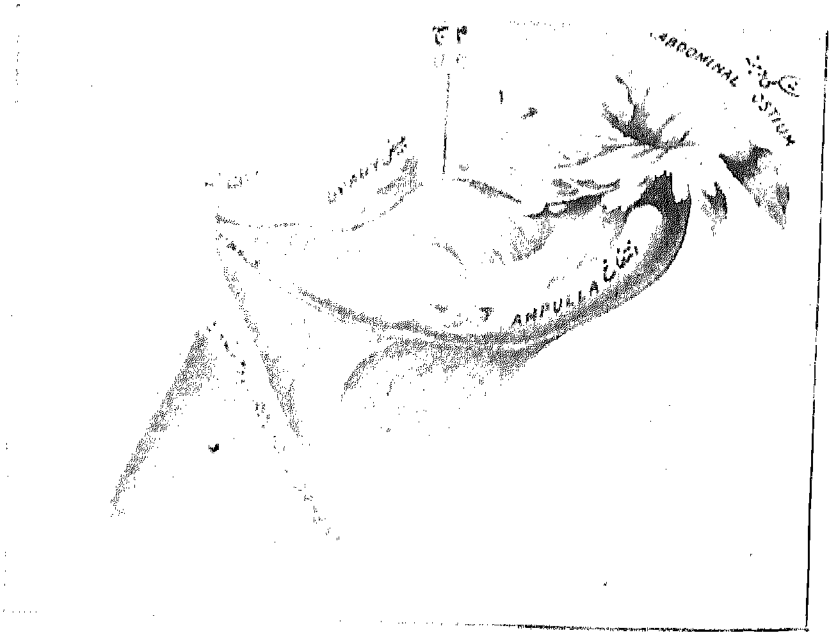
انقطاع الطمث (menopause) کے بعد رحم سکڑ جاتا ہے، اور اسکی جسامت اور اس کے وزن میں کمی آجاتی ہے۔ عنق نمایاں طور پر سکڑ جاتی ہے کیونکہ پورشیو (portio) بالعموم غائب ہو جاتا ہے، اور فم خارجی ایک چھوٹے سے روزن کی مانند باقی رہ جاتا ہے جو مہبلی دیوار کی سطح کے عین برابر ہوتا ہے۔ نیز درون رحمہ بھی مذبول ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۱)، لیکن عمل ذبول کی رفتار بہت سست ہوتی ہے۔ اور ایسی عورت میں جس میں انقطاع الطمث متعدد سال پہلے ظاہر ہو چکا ہو بعض اوقات درون رحمہ کافی موٹا ہوتا ہے، اور اس میں کثیر التعداد غدد اور بخوبی نمو یافتہ سرحلمہ پایا جاتا ہے۔ نظام عضلی کی کئی ایک شریانیں منطمس ہو جاتی ہیں، اور ان کے طبقوں میں کبھی کبھی کلسی تنزل (calcarious degeneration) کے قطعات ظاہر ہو جاتے ہیں۔ (صحفہ ۱ ۔ ج مقابل صفحہ 25)۔ رحمی دیوار سے عضلہ کی بہت سی مقدار غائب ہو جاتی ہے، اور اس کی جگہ لیفی بافت پیدا ہو جاتی ہے۔

فلوپی نلیاں

(FALLOPIAN TUBES)

فلوپی نلیاں (Fallopian tubes) وسطانی جانب پر رحم کے ساتھ مسلسل ہوتی ہیں اور ان کے بعدی سرے حوضی باریطونی کہفہ میں آزاد واقع ہوتے ہیں۔ ہر ایک نلی متناظر زاویۂ رحم سے پیوستہ ہوتی ہے، اور ۴ تا ۴½ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اول اول یہ افقی سمت میں رحم سے باہر کی طرف کو جاتی ہے، اور پھر یہ اپنے اندرونی اور وسطی دو تہائی حصوں کے مقام اتصال پر

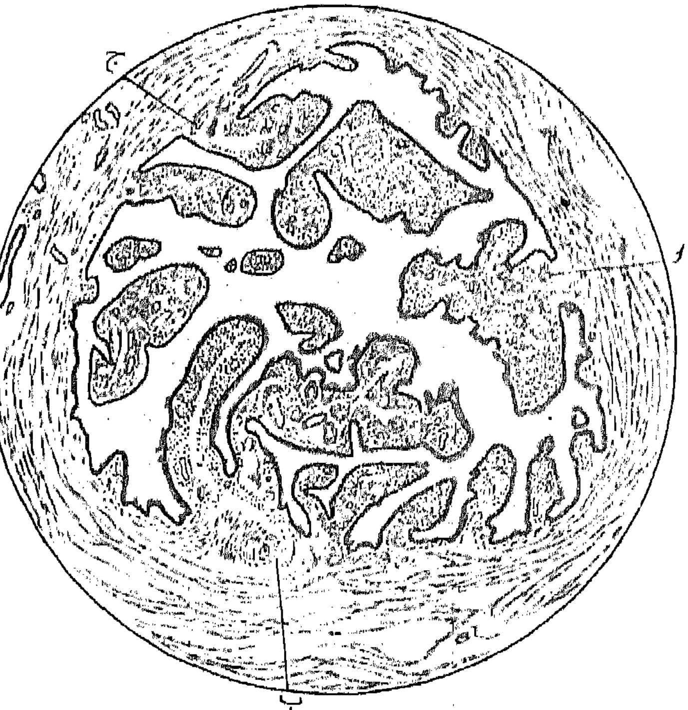
نیچے کی طرف کو مڑ جاتی ہے، اور ایک خم بنا کر جس کا رخ اوپر کی، پچھلی، اور اندر کی طرف کو ہوتا ہے



شکل ۲۲ ۔ فلوپی نلی (رچرڈ) ۔ یہ شکل ان ساختوں کے تعلقات کو بھی ظاہر کرتی ہے
جو قرن الرحم سے چسپیدہ ہیں، یعنی بیضی رباط، فلوپی نلی، اور معلق رباط،
م ج ۔ بیضی جھالر ۔

بیض کے بیرونی قطب کو گھیر لیتی ہے ۔ شیر خوارگی کے زمانہ میں یہ نلی کسی قدر تلفیف یافتہ ہوتی ہے لیکن سن بلوغ پر اس کے تلافیف غائب ہو جاتے ہیں ۔ سہولت بیان کے لئے یہ نلی تین حصوں میں تقسیم کی گئی ہے ۔ رخنی (interstitial) یا رحمی (uterine) حصہ جو دیوار رحم میں سے 32
گذرتا ہے، اور ½ تا ¾ انچ لمبا ہوتا ہے ۔ تنگنائے (isthmus) جو تنگ اسطوانہ نما ہوتی ہے ۔ یہ حصہ نلی کے اندرونی ایک تہائی حصہ کا متناظر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۲) ۔ آخری حصہ انتفاخ (ampulla) ہے جو اس نلی کے منحنی حصہ کا متناظر ہوتا ہے ۔ یہ حصہ بہت تنگ قیف کی شکل کا ہوتا ہے، اور اپنے انتہا کی طرف آہستہ آہستہ کھلتا جاتا ہے ۔ فلوپی نلی کے بالائی آزاد حصہ سے

شکمی دہنہ (abdominal ostium) طیار ہوتا ہے جس کے اردگرد اس نلی کی دیوار انگلیوں کی طرح متعدد جھالروں (fimbriæ) میں تقسیم ہوجاتی ہے (دیکھو شکل ۲۲)۔ ان میں سے ایک جھالر باقی سب سے لمبی ہوتی ہے، اور یہ بالعموم اس باریطونی شکن کے آزاد حاشیہ کے ساتھ ساتھ چلی جاتی ہے جسے ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) کہتے ہیں اور بیض کے انبوبی قطب تک پہنچ جاتی ہے (بیضی جھالر: ovarian fimbria)۔ رحمی حصہ بہت تنگ ہوتا ہے، اور اس کا درونہ قطر ۱ ملی میٹر ہوتا ہے۔ تنگنائے (isthmus) کسی قدر چوڑی ہوتی ہے اور انتفاخ (ampulla) کا

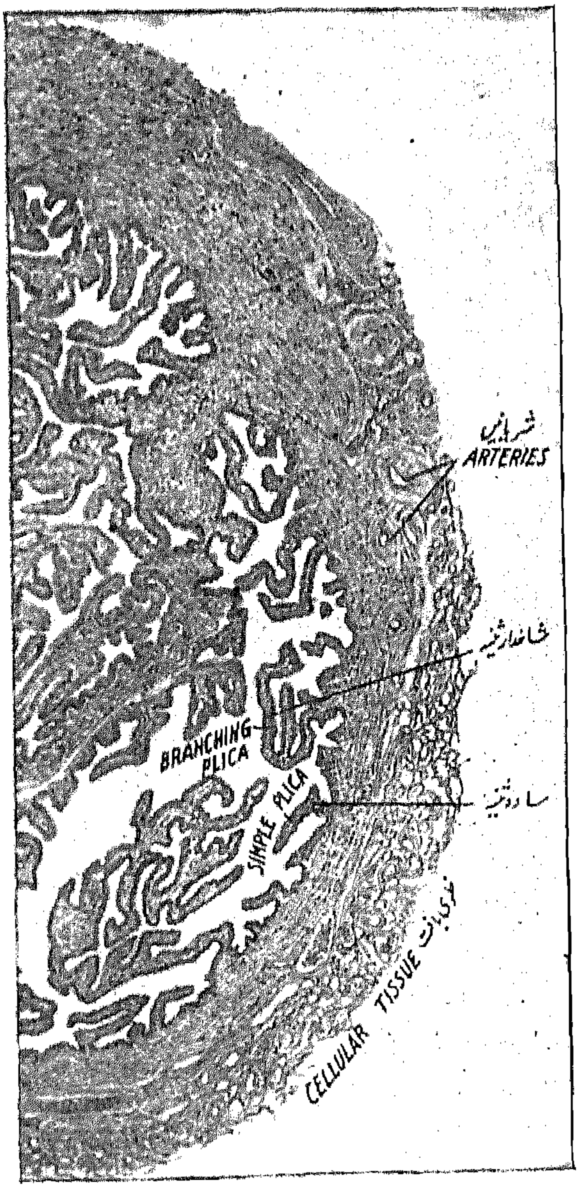


شکل ۲۲۔ فلوپی نلی کی تنگنائے میں سے مستعرض تراش۔ ا۔ ب۔ ج۔ تین ابتدائی شکنوں کے محل و توسع کو ظاہر کرتے ہیں۔

قطر بڑھتے بڑھتے شکمی دہنہ تک (جو باریطونی کہفہ میں مستقیماً کھلتا ہے) پہنچنے سے قبل ۴ تا ۵ ملی میٹر تک پہنچ جاتا ہے۔

فلوپی نلی بلحاظ ساخت ایک بیرونی باریطونی طبقہ، ایک وسطی عضلی طبقہ، اور ایک استری

غشا پر مشتمل ہوتی ہے۔ یہ عریض رباط کی تہوں کے درمیان واقع ہوتی ہے جس کے بالائی کنارہ سے اس کا خارجی طبقہ طلیار ہوتا ہے۔ اسی لئے اس نلی کا فرش جو اس کے محیط کے تین چوتھے حصہ کے برابر ہوتا ہے، باریطونی غلاف سے معرا ہوتا ہے، لیکن باریطونی تہوں کے درمیانی وقفہ میں واقع ہوتا ہے۔ باریطون سے معرا حصہ تنگنا (isthmus) کی نسبت انتفاخ (ampulla) پر بڑا ہوتا ہے۔ باریطون کے نیچے عروق دار اور ڈھیلی ڈھالی خلوی بافت کی ایک تہ موجود ہوتی ہے جو تحت مصلی تہ (subserosa) کہلاتی ہے۔ یہ بافت اس نلی کے فرش کے ساتھ ساتھ بکثرت پائی جاتی ہے۔



شکل ۲۴ - طلوبی نلی کے انتفاخ کی تنصیف کی گئی ہے۔

88

عضلی دیوار نلی کے بیرونی حصہ میں اس کے اندرونی حصہ کی نسبت زیادہ موٹی ہوتی ہے۔ اس کا عضلہ غیر منظم اور تین تہوں میں مرتب ہوتا ہے۔ ایک باریک بیرونی طولی تہ، ایک موٹی وسطی مدور تہ اور ایک غیر مکمل اندرونی تہ۔ آخر الذکر بھی طولی ہوتی ہے اور غشائے مخاطی کے ثنیوں (plicæ) میں چلی جاتی ہے۔ تحت مخاطی تہ (submucosa) نہیں ہوتی، اس لئے غشائے مخاطی براہ راست عضلہ پر متمکن ہوتی ہے۔ استری سطحہ

نلی کے ایک سرے پر دروں رحمہ (endometrium) سے مسلسل ہوتا ہے، اور دوسرے پر باریطون
سے۔ اس کا لازمی جزو ستونی ہدبی سرحلمہ کی واحد تہ ہوتی ہے جسے خلوی بافت کی ایک بہت باریک تہ سہارے
ہوتی ہے۔ انبوبی مخاطیہ (tubal mucosa) میں غدد نہیں ہوتے۔ اس غشا کے عمومی صفات
نلی کے مختلف حصوں میں مختلف ہوتے ہیں، مگر شروع سے اخیر تک اس پر سے تین طولی شکن گذرتے ہیں
جو عین واضح ہوتے ہیں۔ ان میں سے پہلا جنینی زندگی کے چوتھے مہینے میں پیدا ہوتا ہے، اور دوسرا اور تیسرا
شکن تقریباً ساتویں مہینہ میں پایا جاتا ہے۔ رحمی حصّہ میں یہ شکن سادہ اور اتھلے ہوتے ہیں۔ تنگنائے
(isthmus) میں ان کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے، اور یہ سادہ نہیں ہوتے بلکہ منقسم ہوتے ہیں
(دیکھو شکل ۲۳)۔ انتفاخ (ampulla) میں یہ باریک زائدوں کے ایک پیچیدہ منشجر تودہ کی
شکل کے ہوتے ہیں، اور ثنیات (plicæ) کے نام سے موسوم ہیں (دیکھو شکل ۲۴)۔ ان ثنیات
میں عین گتھی ہوئی اتصالی بافت کی (جس میں گول اور دوکی خلیے ہوتے ہیں) ایک مرکزی کیل (core)
پائی جاتی ہے، اور چند لچکدار اور عضلی ریشے بھی موجود ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض ثنیات (plicæ)
سادہ اور اکثر مرکب ہوتے ہیں۔ موخرالذکر میں سے بعض ایک حد تک موٹے بھی ہوتے ہیں۔ ان کے درمیانی
دنقوں میں نلی کی دیوار سرحلمہ کی محض ایک پتلی سی تہ سے ڈھکی ہوتی ہے۔ اس لئے نلی کے اس حصّہ کے دروںِ 34
میں ثنیوں کے درمیان شاخدار گذرگاہوں یا رخنوں کا ایک پیچیدہ نظام پایا جاتا ہے جس کے تمام
حصوں میں کثیر التعداد تہ انبانیں (culs-de-sac) ہوتی ہیں۔ شکمی سرے پر ثنیات چھوٹے ہو جاتے
ہیں، اور جو بافت جھالروں کو پوشیدہ کئے ہوتی ہے اس میں شکن نسبتۃً بہت کم تعداد میں دکھائی
دیتے ہیں۔

نلی کا سرحلمہ ستونی ہدبہ دار خلیوں کی ایک تہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ انتفاخی (ampullary)
حصہ کے اہداب بہترین طور پر نمو یافتہ ہوتے ہیں، اور ان کی حرکت کا رخ رحم کی طرف کو ہوتا ہے۔ بعض خلیے
ہدبہ دار نہیں ہوتے، اور وہ شاید نلی کے افراز کی پیدائش سے تعلق رکھتے ہیں، جو قبل از حیض حالت میں
بہت قلیل المقدار ہوتا ہے۔ طبعی حالت میں دوران حیض میں کوئی انبوبی نزف واقع نہیں ہوتا، لیکن
ہمارے پاس اس امر کی شہادت موجود ہے کہ بعض امراضیاتی صورتوں میں ایسا ہو سکتا ہے۔

کبھی کبھی انتفاخی حصہ کی ظہری جانب پر ایک ثانوی یا معین شکمی دہنہ (accessory
abdominal ostium) بھی موجود ہوتا ہے جس کے اردگرد جھالریں (fimbriæ) ہوتی ہیں
(دیکھو شکل ۵۹ صفحہ 77)۔ اور بعض اوقات نلی کے اسی حصہ میں عطفات (diverticulæ)

بھی پائے جاتے ہیں جو اصلی درونہ کے چھوٹے چھوٹے معاونوں کی حیثیت رکھتے ہیں۔ ان کا استر شکنیہ دار غشا (plicated membrane) کا ہوتا ہے جو نلی کے عمومی سرحلمہ کا متماثل ہوتا ہے۔

فلوپی نلی کے بیشتر حصہ کو دموی رسد بیضی شریان کی انبوبی شاخوں سے پہنچتی ہے۔ اور تنگناے (isthmus) کا سب سے اندرونی حصہ اپنی دموی رسد رحمی شریان کی تفممی شاخ (anastomotic branch) سے حاصل کرتا ہے (دیکھو شکل ۵۴ صفحہ 65)۔ نلی کے عروق لمف قطنی غدد (lumbar glands) میں جاتے ہیں۔

جراحی تشریح۔ فلوپی نلی کے درونہ کے، اوپر کی طرف باریطونی کہفہ سے، اور نیچے کی طرف رحمی کہفہ سے مسلسل ہونے کی وجہ سے دونوں اطراف سے اس کے سرایت زدہ ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ صعودی سرایت سوزاک اور عفونت (sepsis) میں دیکھنے میں آتی ہے، اور عمل مرض درون رحم سے بلا واسطہ تسلسل کی وجہ سے پھیلتا آتا ہے۔ نزولی سرایت تدرن (tubercle) کی حالت میں دیکھنے میں آتی ہے (دیکھو صفحہ 807) اور ممکن ہے کہ یہ بیض یا کسی دیگر شکمی عضو کے خبیث مرض میں بھی دیکھنے میں آئے (دیکھو صفحہ 651)۔ مزید برآں سرایت امعا اور زائدہ دودیہ (vermiform appendix) سے بھی بلا واسطہ واقع ہو سکتی ہے جبکہ نلی ان اعضا سے چپک جائے (دیکھو صفحہ 628, 629)۔ مذکورہ بالا بحث سے اس امر کی توضیح ہوتی ہے کہ ان نلیوں میں التہابی تغیرات غیر معمولی کثرت سے کیوں پائے جاتے ہیں۔ انبوبی مخاطیہ کی تشریحی بناوٹ سرایتی مادہ کے اختباس، اور التہابی عمل کی پیدائش کی تائید کرتی ہے، اور نلی کے رحمی حصہ کے چھوٹا ہونے کی وجہ سے رحم سے کسی قسم کی آزادانہ سبیلیت واقع نہیں ہو سکتی۔ انبوبی ثنیات (tubal plicæ) کے درمیان کثیر التعداد رتنگ موجود ہونے، اور معطفات (diverticulæ) کے کبھی کبھی پائے جانے سے، بارور بیضہ کے فلوپی نلی میں ٹھہر جانے کی توجیہ ہوتی ہے۔

بیضتین

(THE OVARIES)

بیضتین ایسے اعضا ہیں جو بے قناتی غدد (ductless glands) کی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں۔ اگرچہ ان کا اصلی فعل تولیدی خلیات یعنی بیضوں کا پیدا کرنا ہے،

لیکن ان سے ایک یا زائد اندرونی افرازات یا ہارمون (hormones) بھی نکلتے ہیں۔ ان کا وجود نہ صرف صنفی خلیات کے مابعد نمو کو ترقی دینے کے لئے ضروری ہے بلکہ بالغ عورت میں یہ دوسرے غدد کے ساتھ مل کر ہارمونوں کا طبعی توازن قائم رکھنے کے لئے بھی ناگزیر ہیں (دیکھو "ذخلیات" صفحہ 92 اور بعد کے صفحات)۔

85 ہر ایک بیض چپٹا اور بیضہ نما ہوتا ہے، اور بالغ میں $1\frac{3}{4}$" × 1" × $\frac{1}{2}$" ہوتا ہے، مگر اس کی جسامت اور شکل میں اکثر معتدبہ اختلافات بھی پائے جاتے ہیں۔ نوجوان عدیم الولادت عورتوں میں یہ پتلا سا ہوتا ہے، اور جب تک تبویض (ovulation) شروع نہیں ہو جاتی اس کی سطح ہموار رہتی ہے۔ بعد ازاں پختہ ہونے والے جرابوں (follicles) کے بروز کی وجہ سے اس کی شکل بے قاعدہ ہو جاتی ہے، اور سن یاس پر اس پر عام طور پر بہت سی جھریاں پائی جاتی ہیں۔ علاوہ ازیں دوران زندگی میں ولادت اولاد کے زمانہ میں اس کی جسامت اور شکل میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے، جو نمو الی صنفی دور کی اس حیثیت کے لحاظ سے جب کہ اس عضو کا امتحان کیا جائے، اور اس کی وظیفی فعالیت کی موجودگی اور عدم موجودگی کے لحاظ سے واقع ہوتا ہے۔ زمانہ استراحت میں بیض دھندلا سفید اور صحلی دکھائی دیتا ہے، اور اس پر ایک یا زائد مقامات پر چھوٹے چھوٹے نیم شفاف کیسک (vesicles) پائے جاتے ہیں جو گرافی جراب (Gräafian follicles) کہلاتے ہیں۔ ان مقامات پر حاصر کیسہ یعنی پردۂ ابیض (tunica albuginea) میں پتلا ہونے کا عمل نمایاں طور پر جاری ہوتا ہے۔ گرافی جراب (Gräafian follicle) کے پختہ ہو جانے پر، اور خاص کر اس کے شگفتہ ہونے اور اس کی جگہ جسم اصفر (corpus luteum) کے پیدا ہو جانے کے بعد بیض کی جسامت بڑھ جاتی ہے۔ جب جسم اصفر کی جسامت بڑھنا شروع ہوتی ہے اور یہ سطح پر عریض مخروط کی شکل میں ابھر آتا ہے تو اس کے ارد گرد شعری عروق کا ایک "برش" (brush) پیدا ہو جاتا ہے۔

جدید جسم اصفر آلوچہ کی رنگت کا ایک تاریک ابھار سا ہوتا ہے جو بیض کی سطح کے معتدبہ حصہ کو گھیرے ہوتا ہے۔ انقطاع الطمث (menopause) کے بعد جب تمام بیضے خارج ہو چکتے ہیں تو بیضین میں ذبول واقع ہو جاتا ہے، اور بڑھاپے میں یہ لوبیا کے بیجوں سے زیادہ بڑے نہیں ہوتے۔

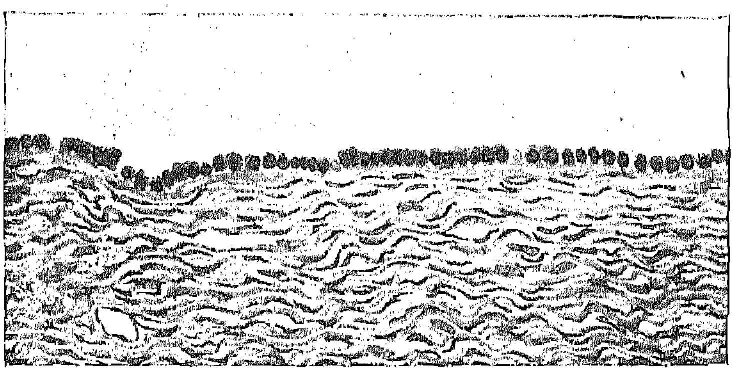
طبعی حالت میں ہر ایک بیض ایک خفیف سے نشیب پر واقع ہوتا ہے جو حوض کے فرش کے موخر جانبی پہلو پر واقع ہوتا ہے، اور یہ عضلۂ سادہ (obturator muscle) کی اندرونی سطح پر

ویلڈیئر کے "بیضی حفرہ" (Fossa Ovarica of Waldeyer) میں متمکن ہوتا ہے۔ یہاں یہ خارجی اور داخلی حرقفی شریانوں (iliac arteries) کے درمیان واقع ہوتا ہے، اور پچھلی جانب پر عصب ساد (obturator nerve) اور حالب (ureter) اس سے علاقہ رکھتے ہیں۔ یہ تشریحی محل وقوع صرف عدیم الولادت عورتوں میں پایا جاتا ہے، اور استقرار حمل کے بعد بیض اکثر اس سے زیادہ نیچے کے لیول پر پایا جاتا ہے، اور بعض اوقات یہ اپنے مقام سے اس حد تک ٹل جاتا ہے کہ یہ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے فرش پر پایا جاتا ہے۔

سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں بیض کی جب کہ یہ اپنے طبعی تشریحی محل وقوع پر ہو دو سطحیں ہوتی ہیں، ایک جانبی اور ایک وسطانی۔ اور دو قطب ہوتے ہیں، ایک بالائی اور ایک زیرین۔ اور دو کنارے ہوتے ہیں، ایک مقدم اور ایک موخر۔ جانبی سطح جداری باریطون سے ملی ہوتی ہے جو عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کو مستور کئے ہوتا ہے۔ وسطی سطح رحم کی طرف منحرف ہوتی ہے۔ بالائی قطب جو بعض اوقات بیرونی قطب بھی کہلاتا ہے نلوبی نلی کی بیضی جھالر (ovarian fimbria) سے متماس ہوتا ہے، مگر اس سے کچھ سہارا نہیں لیتا۔ بخلاف اس کے زیرین یا وسطانی قطب متناظر قرن الرحم سے عضلہ اور لیفی بافت کے ایک بند کے ذریعہ سے چسپیدہ ہوتا ہے جو تجویفی نمو یافتہ اور کسی قدر چپٹا ہوتا ہے اور "حقیقی بیضی رباط" (ligamentum ovarii proprium) یا بیضی رباط (ovarian ligament) کہلاتا ہے (دیکھو شکل ۵)۔ اس رباط کی دموی رسد رحمی شریان کی تقسیمی شاخ سے آتی ہے جو اس کے نیچے سے گذرتی ہے، اور رحم کی جانبی سطح تک نلوبی مقام اتصال کے عین نیچے سے اور رباط مستدیر کے تحت سے پہنچ جاتی ہے۔ بیض کا مقدم کنارہ سیدھا ہوتا ہے، اور رباط عریض کی موخر تہ سے براہ راست چسپیدہ ہوتا ہے۔ اس کی چسپیدگی کا مقام یعنی ماساریقا نے بیض (mesovarium) اس عضو کے ناف چہ (hilum) کا متناظر ہوتا ہے۔ یہاں پر باریطون ختم ہو جاتا ہے اور اس کی جگہ بیض کا ذاتی سرطلی غلاف شروع ہو جاتا ہے۔ یہ خط برزخ اکثر برہنہ آنکھ سے بیض کے "سفید خط" (white line) کے طور پر شناخت کیا جا سکتا ہے۔ اس طرح بیض رباط عریض کی پشت سے بیضی رباط (جو وسطانی جانب پر ہوتا ہے) اور بیضی حوضی یا قمعی حوضی رباط (جو باہر کی جانب ہوتا ہے اور بالائی یا نلوبی قطب سے لیکر دیوار حوض تک چلا جاتا ہے) کے درمیان بلاواسطہ لٹکا ہوتا ہے۔ موخر الذکر رباط عریض کے بالائی آزاد حاشیے کو تشکیل کرتا ہے

جس میں قلوپی نلی موجود نہیں ہوتی ۔ مبیض پر باریطونی غلاف نہیں ہوتا، اور اس کی چیپیدگیاں ایسی ہوتی ہیں کہ اس میں معتد بہ حرکت پذیری موجود ہوتی ہے ۔ یہ باریطونی کہفہ میں آزادانہ ابھرا ہوتا ہے، اور اس کی سطح سے جو بیضے خارج ہوتے ہیں ان کو قلوپی نلی کے شکمی دہنہ میں داخل ہونے سے پہلے اِس کہفہ میں سے گذرنا پڑتا ہے ۔ بعض حیوانات مثلاً چوہے میں مبیض ایک باریطونی جیب کے اندر ہوتا ہے، جس میں قلوپی نلی براہِ راست کھلتی ہے ۔ یہ ایک ایسی ترتیب ہے جو صنفی خلیوں کے قلوپی نلی میں آسانی سے گذر جانے کی تائید کرتی ہے ۔ نوع انسان اور دوسرے پستانیوں مثلاً گائے، کتا، بلی وغیرہ میں یہ ترتیب نہیں پائی جاتی ۔

جب مبیض کو دو برابر حصّوں میں تقسیم کیا جاتا ہے تو اس کی کٹی ہوئی سطح شکل میں تقریباً بیضوی دکھائی دیتی ہے اور اس کا سیدھا کنارہ (نافچہ) سیدھا معلوم ہوتا ہے ۔ سہولت بیان کیلئے یہ غدہ عموماً تین رقبوں پر تقسیم کیا جاتا ہے :۔ (ا) قشرہ (cortex)، (ب) لب (medulla)، (ج) نافچہ (hilum)۔ قشرہ سطحی رقبہ ہی ہوتا ہے، اسکی شکل ہلالی ہوتی ہے، اور یہ غدہ کا محیطی حصہ ہوتا ہے ۔ سرحلمی غلاف

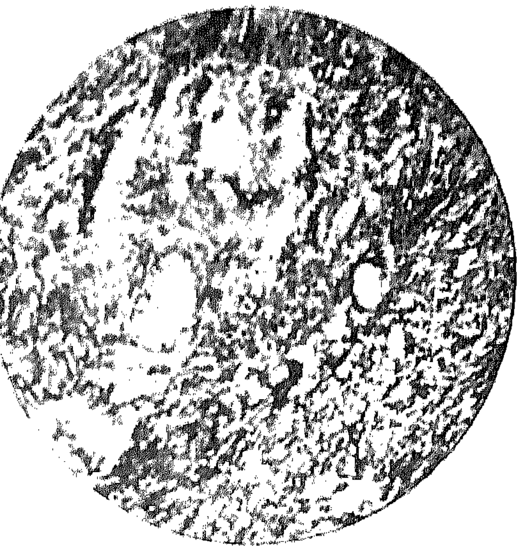


شکل ۲۵ ۔ بالغ عورت میں مبیض کا بنی سرحلہ اور ماتحت پردۂ ابیض ۔

کے عین نیچے متکثف لیفی بافت کی ایک تہ موجود ہوتی ہے جو برہنہ آنکھ سے اکثر اوقات ایک خفیف زرد خط کی سی دکھائی دیتی ہے، یہ پردۂ ابیض (tunica albuginea) کو ظاہر کرتی ہے (شکل ۲۵)۔ قشرہ میں گرافی جراب (Gräafian follicles) ہوتے ہیں، اور اس لئے فعلیاتی طور پر یہ اس غدہ کا اہم ترین حصہ ہے، اور تشکیلیاتی طور سے یہ اوفورون (öophoron) یعنی حاملِ بیضہ (egg-bearer) کے نام سے متمیز ہے ۔

لب (medulla) قشرہ کے اندر واقع ہوتا ہے اور نافچہ کے ساتھ متسلسل ہوتا ہے۔ یہ ڈھیلے ساختہ نسیج
لیفی بافت، اعصاب، عروقِ خون، اور عروقِ لمف پر، اور لبی کرنوں (medullary rays)
اور بیضی شبکہ (rete ovarii) کے نشانوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ موخر الذکر ساختیں تاریخی طور پر
دلچسپ ہیں (دیکھو صفحہ 75) اور بعض حیوانات میں نمایاں طور پر یافتہ ہوتی ہیں۔ نافچہ (hilum)
کے ذریعہ سے بیض عریض رباط سے چسپیدہ ہوتا ہے، اور اس میں سے مذکورہ بالا ساختیں گزرتی
ہیں جو لب میں پائی جاتی ہیں۔ نافچہ کی سطح پر بیرونیت کا ایک خط موجود ہوتا ہے جس پر بالائی
بیضی سرحلمہ سے تبدیل ہو جاتا ہے۔

بیض اپنی خونی رسد بیضی شریان سے حاصل کرتا ہے، جو بطن سے نکل کر اور جو قمعی
قمعی حوضی شکن (infundibulo-pelvic fold) کے ساتھ ساتھ نیچے اترتی ہوئی بیض تک 37

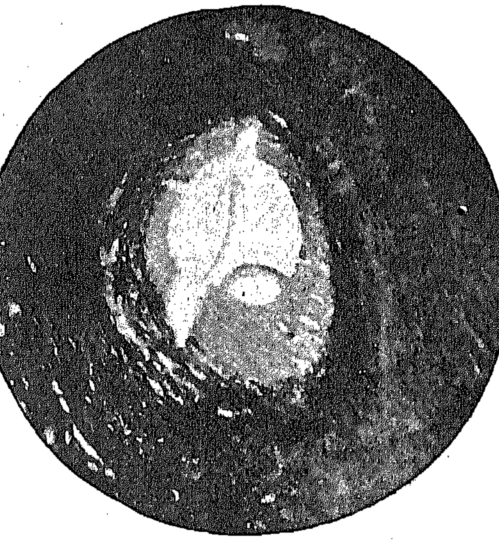


شکل ۲۶۔ بیضی ہیکل (انسانی)، جس کی تلوین ٹیبس و کل کے طریقہ سے کی گئی ہے۔
اس میں بعض جسم ہائے اصفر لیے گئے ہیں۔
(از جیکس)

پہنچتی ہے۔ جملہ عروق نافچہ پر داخل ہوتے ہیں۔ عروقِ لمف عمود قطنی کے عقدوں دو طرف کے

قطنی سلسلہ (lumbar chain) میں جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۱)۔

بیض کی عصبی رسد کسی حد تک متنازع فیہ رہی ہے، لیکن اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ اس عضو میں عصبی ریشے بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں جو نظام مشارکی سے نکل کر عروق خون کے ہمراہ نافچہ میں داخل ہوتے ہیں، اور معیّن بنڈلوں میں ترتیب یافتہ ہوتے ہیں۔ ایبل (Able) اور مکل رائے (McIlroy) کے مطابق یہ ریشے بیض میں تین گروہوں میں تقسیم ہوجاتے ہیں۔ ایک گروہ عرقی ریشوں (vascular fibres) پر مشتمل ہے، اور یہ عروق کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے،

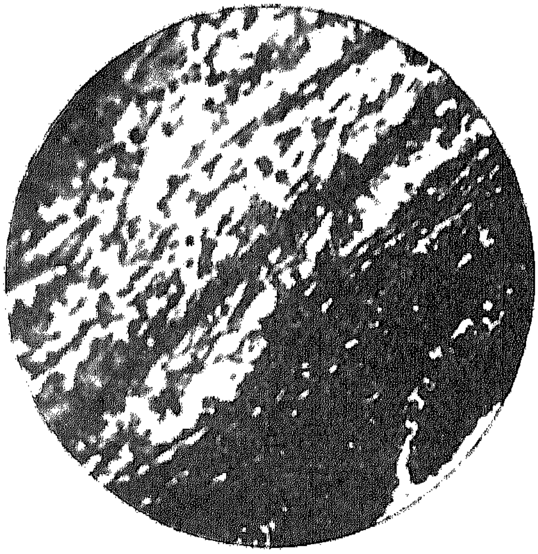


۷۵ ×

شکل ۷۲۔ انسانی بیض جس کی تلوین بیلس کوسکی کے طریقہ سے کی گئی ہے۔
اس میں گرافی جراب کے گرد عصبی ریشوں کا بہت سا ارتکاز دکھایا گیا ہے۔
(وائٹ ہوس)۔

اور اس میں کثیر التعداد ریشے ہوتے ہیں جو عروق کے ارد گرد جال کی صورت میں پھیلے ہوتے ہیں۔
98 دوسرے گروہ کے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ یہ جرابوں (follicles) تک براہ راست پہنچتا ہے، یہ جرابی ریشوں (follicular fibres) پر مشتمل ہے، اور جرابوں کے ارد گرد ہم مرکز طور پر مرتب ہوتا ہے، لیکن داخلی غلاف (theca interna) سے آگے نہیں گذرتا۔ تیسرا گروہ رنحی بافتوں میں

تقسیم ہو جاتا ہے، یہ رختکی ریشوں (interstitial fibres) پر مشتمل ہے۔ چھوٹے چھوٹے خلیوں کے گروہ جو عقدی خلیوں (ganglion cells) کے مشابہ ہوتے ہیں ان ریشوں کے قریب پائے جاتے ہیں۔ جن تراشوں کی تلوین بیلس کوسکی کے طریقہ (Bielschowski's method) سے کی جاتی ہے ان میں گرافی جرابوں کے گرد عصبی ریشوں کا بہت سا ارتکاز بخوبی دیکھنے میں آتا ہے (دیکھو شکل ۳۶ و ۳۷ و ۳۸)۔ یہ بتا دینا ضروری ہے کہ یہ ارتکاز حقیقی ہونے کی بجائے زیادہ تر مصنوعی بھی ہو سکتا ہے کیونکہ پختہ



شکل ۳۸۔ عصبی ریشے اور عقدہ شعری عرق کے تعلق میں گرافی جراب کے ذراتیہ کے خلیوں کے بہت قریب (واٹ ہوسا)۔

ہونے والے جراب کے اندر افراز کے مجتمع ہو جانے سے بافتیں مضغوط ہو جاتی ہیں۔ پختہ ہونے پر ہر ایک جراب بتدریج بیض کی سطح کے قریب آتا جاتا ہے اور ایسا کرنے میں یہ قدرتی طور پر بیضی ہیکل کے باقی عناصر پر جو زیادہ مثبت ہوتے ہیں دباؤ ڈالتا ہے۔ بیضی اعصاب کا فعل غالباً زیادہ تر عرق حرکی (vasomotor) ہوتا ہے اور یہ امر بیض کے سوء فعل کی (جو غالباً معکوس الاصل ہوتا ہے) بعض حالتوں کی توجیہ کرنے میں سرسری نقطہ نظر سے کسی قدر اہمیت رکھتا ہے۔

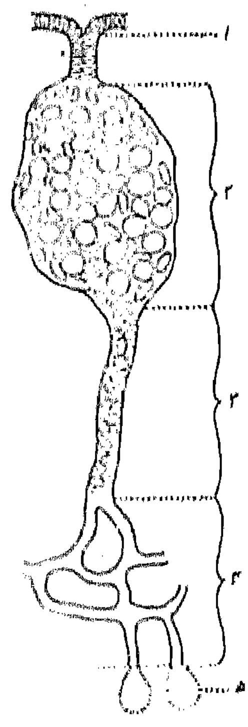
تسمیات۔ بیض کی سطح قلبی سر طلسہ کی واحد تہ سے پوشیدہ ہوتی ہے، جو

نبتی سر حلمہ (germ-epithelium) کے نام سے موسوم ہے (دیکھو شکل ۲۵)۔ ان خلیوں کا وجود ثابت کرنے کے لئے بافت کو احتیاط سے طیار کرنا چاہیئے کیونکہ یہ بہت آسانی سے تباہ ہو جاتے ہیں لیکن ان کے شائبے تقریباً تمام حالتوں میں انقطاع الطمث کے زمانہ تک پائے جاتے ہیں۔ یہ سر حلمہ ایک قاعدی غشا (basement membrane) پر متمکن ہوتا ہے اور قاعدی غشا بذات خود پردۂ ابیض (tunica albuginea) پر متمکن ہوتی ہے جو غدہ کے جسم کا حاصر و محافظ ہے۔ پردۂ ابیض سن بلوغ تک اچھی طرح تمیز نہیں کیا جا سکتا۔ پہلے پہل یہ باریک ہوتا ہے اور اس میں خلیوں کی صرف تین تہیں موجود ہوتی ہیں۔ زندگی کے موخر حصہ میں یہ لیفی بافت کے دو یا تین ورقوں (laminæ) کے اضافہ سے دبیز ہو جاتا ہے۔ چونکہ اس کے ریشے قشرہ کی اتصالی بافت سے مسلسل ہوتے ہیں اس لئے 39
اسے اتار کر علیحدہ نہیں کیا جا سکتا۔

نافچہ (hilum) میں وقتاً فوقتاً چھوٹے چھوٹے نامکمل انبیبات (tubules) پائے جاتے ہیں جن کا استر قصیر القامت مکعبی سر حلمہ کا ہوتا ہے۔ ان کو اکثر اوقات کالیکر کے احبال (cords of Kolliker) یا مبیضی شبکہ (rete ovarii) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ عناصر مدت مدید تک ولفی جسم (Wolffian body) کے مضغی انبیبات کے آثار خیال کئے جاتے رہے، لیکن بقول گڈال (Goodall) یہ تناسلی لکیر (genital streak) کے مضغئی درون ادمہ (embroynic entoderm) کے مشتقات ہیں۔ شکل ۲۹ سے موخر الذکر نظریہ کی توضیح ہوتی ہے۔ اور اس امر کا خیال رہے کہ اس قسم کے نظریہ کو تسلیم کرنے سے مبیض کے نافچہ میں ولفی دوبروں (Wolffian cysts) کا بننا خارج از امکان ہو جاتا ہے۔ زنانہ تناسلی بولی خطہ کے نمو کے بیان میں اس موضوع پر مزید بحث کی گئی ہے (دیکھو صفحہ 75)۔

قشرہ (cortex) میں مبیض کے لازمی عناصر یعنی گرافی جراب (Gräafian follicles) موجود ہوتے ہیں، جو ہیکل (stroma) میں منضم ہوتے ہیں۔ ان کے صفات مخصوص ہوتے ہیں۔ مدت حمل کے اختتام پر جنین کے مبیض میں جتنے گرافی جراب (Gräafian follicles) ہوتے ہیں ان کی تعداد کا اندازہ مختلف اصحاب نے مختلف کیا ہے۔ سٹیونس (Stevens) ۱۰۰،۰۰۰ بتاتا ہے، اور مارشل (Marshall) ۱۰۰،۰۰۰۔ سن بلوغ پر ۳۰،۰۰۰ تا ۴۰،۰۰۰ رہ جاتے ہیں، اور باقی غائب ہو جاتے ہیں۔ جرابوں کا بعد الولادت تکون کبھی ظہور پذیر نہیں ہوتا۔ مدت حمل کے اختتام پر مبیض کے ہیکل کے عدم نمو کی وجہ سے ابتدائی

جراب (primordial follicles) مبیض کے بیشتر حصہ پر مشتمل ہوتے ہیں (شکل ۳۰)۔ یہ شکل نہایت کثیر الخلایا ہوتا ہے اور اتصالی بافت کے ریشے صرف دو حصوں یعنی نبتی سرحلہ (germ-epithelium کے نیچے اور عروق کی گذرگاہوں کے ساتھ ساتھ پائے جاتے ہیں۔ قشرہ کا باقی اندرونی حصہ ریشک دار نہیں ہوتا بلکہ اس میں خلیوں کے اجتماعات پائے جاتے ہیں جن میں سے بعض گول، بعض دوکی اور بعض کثیر الاضلاع ہوتے ہیں اور اکثر کے ساتھ نازک زائدے بھی موجود ہوتے ہیں۔ ان کے مرکزے بڑے گول یا بیضوی ہوتے ہیں اور ان کو اتصالی بافت کے ترمیم یافتہ خلیے تصور کرنا چاہئے۔ التہابی اعمال اور بعض نو بالیدوں (new growths) کی تفریقی شناخت کے لئے ان خلیوں کے مختلف صفات کا یاد رکھنا ضروری ہے۔



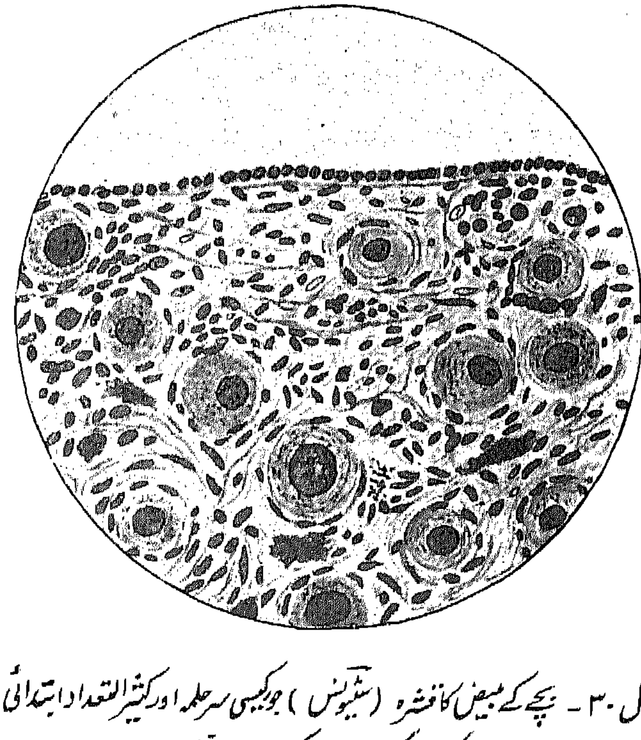
شکل ۲۹۔ یہ نمائک نبتی سرحلہ کی انبوبی زیر بالیدگی کے مرکو مبیض کے قشرہ سے لیکر اسکے نابچہ تک ظاہر کرتا ہے (ویتی دائر)۔ (۱) نبتی سرحلہ۔ (۲) نبتی نلی۔ (۳) لبی جبل (۴) مبیضی شبکہ (۵) بربیبیض۔ ۱-۲-۳ = لبی کرن۔ قشری حصہ (۱) مذبول اور غائب ہو جاتا ہے۔ حصہ (۲) گرافی جراب بنجاتا ہے۔ (۳) کم و بیش مذبول ہو جاتا ہے اور کبھی جذب ہو جاتا ہے اور کبھی نہیں بھی۔ نیچے کے حصہ (۴) یعنی مبیضی شبکہ کے سبب انبیب متحد ہو کر ایک انبیب بناتے ہیں جو مبیض سے باہر نکل کر ولفی جسم کے قنیلکوں سے مل جاتا ہے اور گیرشنر کی قنات بناتا ہے۔

گرافی جراب

(Graafian follicle)۔ پختہ گرافی جراب کی بافت سمجھنے کیلئے خاصکر جہاں تک کہ مبیض کے باقی ماندہ حصہ اور اس عضو کی بعض نو ساختوں (neoplasms) سے اس کو تعلق ہے، مبیض کے نمو کا علم ضروری ہے۔ لہذا مطالعہ کنندہ کو پختہ مبیض کے اشکلیاتی منظر کا صحیح خیال قائم کرنے کیلئے نمو (Development) کا باب (صفحہ 175) دیکھنا چاہئے۔

گرافی جراب (Graafian follicle) کا ذکر پہلے پہل ڈیلفٹ (Delft) کے

ڈی گراف (De Gräaf) نے کیا تھا۔ اس کے نمو کا تعاقب ابتدائی جرابوں (primordial 40
follicles) سے کیا جاسکتا ہے جو بیضی زندگی کے ابتدائی حصہ میں نبتی سرحلمہ (germ
epithelium) سے چھوٹے چھوٹے زائدوں کی زیر افزائش کے طور پر پیدا ہوتے ہیں، جو ماتحت
میاں ناہضی خلیوں (mesoblast-cells) میں چلی جاتی ہے۔ ان زائدوں پر میاں ناہضی خلیے
حملہ آور ہوتے ہیں اور ان کو کاٹ کر چھوٹے چھوٹے حصوں میں تقسیم کر دیتے ہیں جو بیضی آشیانے
(egg-nests) کہلاتے ہیں۔ یہ بھی آئندہ چلکر ٹوٹ جاتے ہیں، اور انجام کار ساختوں کی ایک کثیر تعداد
پیدا ہو جاتی ہے جن میں سے ہر ایک ساخت (۱) ایک بڑے مرکزی خلیہ پر، جو ابتدائی بیضہ (oöcyte)
یا بیضی خلیہ (egg-cell) کہلاتا ہے اور جس کا قطر ۴۸ تا ۶۹ میکران ہوتا ہے، (۲) چپٹے سرحلمی
خلیوں کی واحد تہ پر جو اس کے ارد گرد ہوتی ہے، اور (۳) میاں ناہضی خلیوں (mesoblast-
cells) کی ایک متکثف تہ پر مشتمل ہوتی ہے جو اس کے باہر ہوتی ہے اور ایک بیضہ ول کیسہ کی شکل کی ہوتی ہے۔



شکل ۳۰۔ بچے کے مبیض کا قشرہ (سٹیونس) جو کیسی سرحلمہ اور کثیر التعداد ابتدائی
جرابوں کو ظاہر کرتا ہے جن کے اندر بیضی خلیے ہیں۔

یہی ساخت ابتدائی جراب (primordial follicle) ہے۔ شکل ۳۰ و ۳۱ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اس درجہ پر جراب میں جو خالی آنکھ سے دکھائی نہیں دیتا کوئی سیال نہیں ہوتا، اور ہیکل (stroma) سے کسی واضح نضا کے ذریعہ سے علیحدہ نہیں ہوتا۔ ابتدائی جراب کے بیضی تخم مایہ (egg protoplasm) پر کوئی خلوی غشا نہیں ہوتی۔ یہ بالکل معرا ہوتا ہے، اور صاف زمینی شے پر گنجان شبکہ کی شکل کا ظاہر ہوتا ہے۔ بہرکیف بیضی نوات پر ایک خاص غشا ہوتی ہے، اور اس میں ایک خارج المرکز نویہ (nucleolus) ہوتا ہے۔ گاہے گاہے ایک جراب میں دو بیضی خلیے (egg - cells) ہوتے ہیں۔ جنینی بیض میں ابتدائی جرابات کے علاوہ کوئی دیگر ساخت نہیں پائی جاتی۔ ابتداً جرابات کیسی سرملہ کے عین نیچے واقع ہوتے ہیں، اور لب (medulla) میں کبھی نہیں ہوتے۔

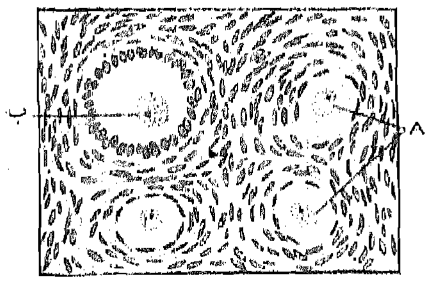
دروں رحمی زندگی کے تیتیسویں ہفتہ میں ان میں ایک مصلی سیال پیدا ہونا شروع ہوتا ہے جس میں البیومن ہوتی ہے، اور ان کے گرد ایک کیسہ پیدا ہو جاتا ہے جو گرد و نواح کے ہیکل سے ان کو متمیز کر دیتا ہے۔ یہ سیال جرابی سیال (liquor folliculi) کے نام سے موسوم ہے۔

مذکورہ بالا جرابات کے مشابہ جراب سن بلوغ کے بعد بہت سی تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ ان میں سے اکثر غیر عامل (dormant) رہتے ہیں، یا بے انشقاب (atresic) رہتے ہیں، لیکن 41
بعض میں پختگی کا مزید عمل جاری ہو جاتا ہے جو انشقاق پر ختم ہوتا ہے۔ تبویض (ovulation) کے اہم عمل کا دارومدار اسی پر ہے۔ پختہ جراب سن بلوغ سے پہلے بھی بعض اوقات پائے جاتے ہیں۔ اس سن سے قبل اجسام اصفر یقیناً کبھی نہیں دیکھے گئے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ محض نوجوان عورتوں ہی کے بیض میں تینوں قسم کے جراب دیکھنے میں آتے ہیں۔

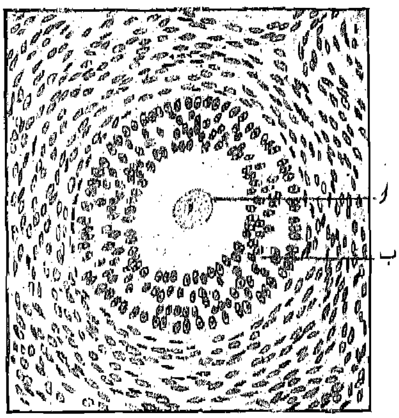
قاعدۃً ایک بیض میں صرف ایک ہی گرافی جراب تقریباً چار چار ہفتوں کے وقفہ پر پختہ ہوتا ہے، اور کبھی کبھی دو جراب بھی بیک وقت پختہ ہو جاتے ہیں، یہ یا تو دونوں ایک ہی بیض میں ہوتے ہیں اور یا ایک ایک ہر ایک بیض میں ہوتا ہے۔

پختگی کا عمل اور تبویض (Maturation and Ovulation)۔ گرافی جراب کا نمو ابتدائی جراب سے پختہ ساخت تک "پختگی کا عمل" (ripening) کہلاتا ہے، اور یہ کافی دلچسپ اور پیچیدہ عمل ہے۔ اس کا پہلا مرحلہ یہ ہے کہ ابتدائی جراب (primordial follicle) کے چپٹے خلیوں کی واحد عصیلی تہ متمیز ہو کر "ذراتی تہ" (granulosa layer) میں تبدیل ہو جاتی ہے (شکل ۳۲)۔ جب تک ایسا نہیں ہوتا بیضی قشرہ کے ہیکلی خلیات اور مضغی جراب کے درمیان

ایک واضح الحدود خطِ فصل موجود ہوتا ہے، مگر اس کے بعد دو اور تہیں پیدا ہو جاتی ہیں جو بڑھتے ہوئے کیسہ کو گھیر لیتی ہیں۔ یہ خلوی تہیں "داخلی غلاف" (theca interna) اور "خارجی غلاف" (theca externa) کی اصطلاحوں سے موسوم ہیں، اور ان دونوں کی اصل قشرہ کے ہیکلی خلیات (stroma cells) سے ہوتی ہے (شکل ۳۳)۔ ان غلافی خلیات کی اصل مدت سے متنازع فیہ تھی؛



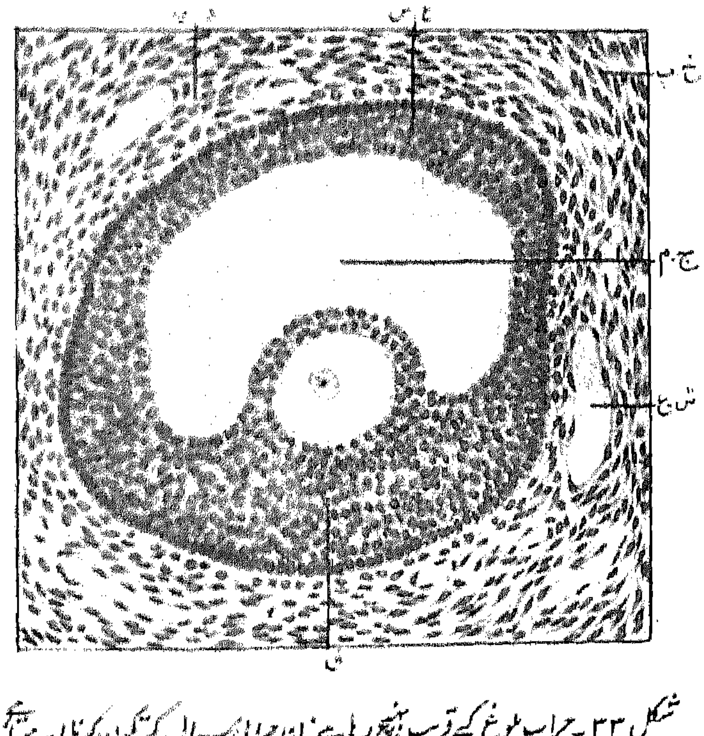
شکل ۳۱۔ زمانہ شباب میں بیض، جو ابتدائی جراب (ا) کو اور ایسے جراب کو ظاہر کرتا ہے جو ابھی نمو پانے والا ہے (ب)۔ (وائٹ رج ولیمس)۔



شکل ۳۲۔ نامی گرافی جراب جو بالغ عورت کے بیض سے لیا گیا ہے۔ مرکزی خلیہ (ا) بیضی خلیہ ہے۔ یہ خلیوں کی متعدد تہوں (ب) میں محصور ہے جن سے غشائے زراقی بنتا ہے (وائٹ رج ولیمس)۔

مگر ڈبلیو شا (W. Shaw) نے مختلف عمروں کے پختہ ہونے والے جرابوں کے ایک سلسلہ کا مطالعہ کر کے یہ ثابت کر دیا کہ ان کی اصل ہیکل سے ہے۔ خلط مبحث سے بچنے کے لئے یہ معلوم کر لینا چاہیئے کہ داخلی غلاف (theca interna) قدیم مصنفین کے "عرقی پردہ" (tunica vasculosa) کا متناظر ہے، اور خارجی غلاف (theca externa) اس تہ کا متماثل ہے جو کبھی "لیفی پردہ" (tunica fibrosa) کے نام سے موسوم تھی۔ گرافی جراب (Gräafian follicle) کے پختگی کے ابتدائی زمانہ میں داخلی غلاف کے ہیکلی خلیات کے درمیان نئے شعری عروق پیدا ہو جاتے ہیں

پرانی اصطلاح "عرقی پردہ" (tunica vasculosa) کی وجہ تسمیہ یہی ہے ۔ ہیکل (stroma) پختہ ہونے والے جراب کے گرد یکساں طور پر متمیز ہوتا ہے' اور اس لئے نمو کا تیج غالباً بیضہ ہی میں ہوتا ہے ۔ جراب میں پختگی کے عمل کی ابتدا کے نمایاں خواص یہ ہوتے ہیں کہ بیضہ یعنی "ابتدائی بیضہ" 42
(oöcyte) کی جسامت بڑی ہو جاتی ہے' اور استری سلسلہ "غشائے زراتی" (membrana granulosa) اور "قرص ولودی" (discus proligerous) میں تمیز ہو جاتا ہے (شکل ۳۳) ۔ بیضہ کے اردگرد ایک کیسہ پیدا ہو جاتا ہے جس پر باریک شعاعی تخطط پایا جاتا ہے اور جو یکساں طور پر مضبوط ہوتا ہے' یہ "شفاف منطقہ" (zona pellucida) کہلاتا ہے ۔ یہ منطقہ بیضی



شکل ۳۳ ۔ جراب بلوغ کے قریب پہنچ رہا ہے' اور جرابی سیال کے کون کا نمایہ ہوتا ہے۔
غ ۔ ش ۔ غشائے زراتی ۔ ج ۔ م ۔ جرابی مغارہ ۔ ق ۔ قرص ولودی ۔ د ۔ پ
داخلی پردہ ۔ خ ۔ پ ۔ خارجی پردہ ۔ ش ۔ ع ۔ شعری عرق (دانٹ ریج ولیمس) ۔

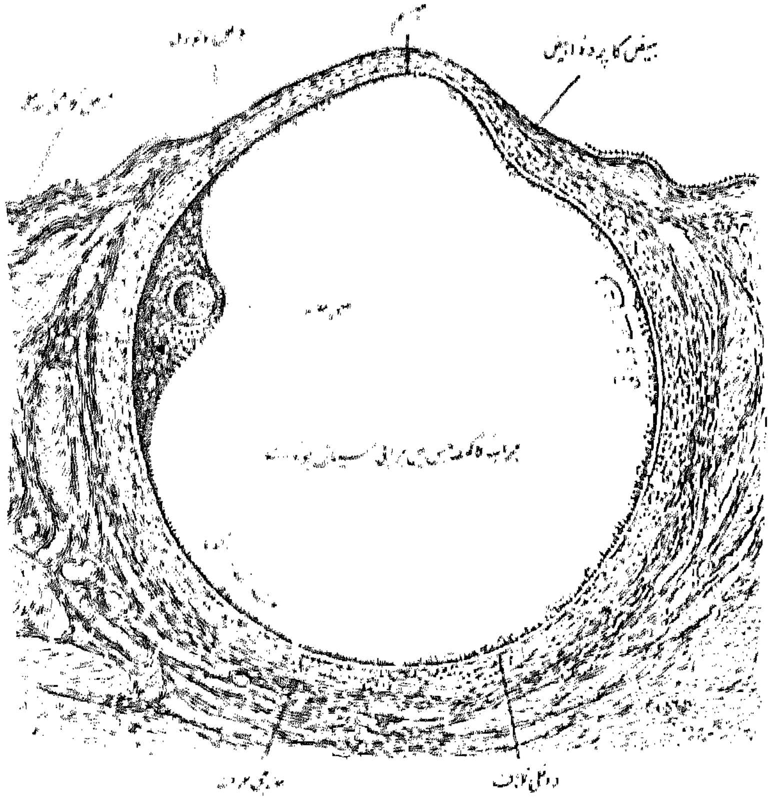
تعلیہ کے تخمزمایہ سے "گرد زردینی فضا" (perivitelline space) کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتا ہے

جس میں بیضہ آزادی سے حرکت کرتا ہے۔ اب خلیہ مایہ (cytoplasm) کا مونوات کو جو پہلے
مرکزی تھا بتدریج خلیہ کی سطح کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ نویّہ (nucleolus) میں ایسا
آسا حرکت موجود ہوتی ہے۔ ذراتیہ (granulosa) کے خلیات میں جو اصلی جرابی سرحلہ سے مشتق
ہوتے ہیں تکاثر آزادانہ شروع ہو جاتا ہے جس سے پہلے بہت سی خلوی تہوں کی ایک دیوار بن جاتی ہے،
اور بعد میں ایک ٹھوس تودہ بن جاتا ہے جس میں چھوٹے چھوٹے کثیر الاضلاع یا بیضہ نما خلیات شگفتے
ہوتے ہیں جن کے نوات گول ہوتے ہیں اور توشیہ پر یہ تاریک رنگت اختیار کر لیتے ہیں۔

جرابی سیال (liquor folliculi) کے جلد بننے سے ٹھوس ساخت کیسی ساخت
میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ یہ سیال اول اول دانہ دارتہ کے اس حصہ میں ظاہر ہوتا ہے جو بیضی قشرہ
کی طرف ہوتا ہے (نیگل : Nagel اور سٹراسمین : Strassmann)۔ اس فضا کے، جس میں
سیال جمع ہوتا ہے اور جس کا نام "جرابی مغارہ" (antrum folliculi) ہے، خارج المرکز نمو کی
وجہ سے ذراتیہ کے خلیوں کا ایک انبار لگ جاتا ہے جن میں ابتدائی بیضہ (oocyte) بھی ہوتا
ہے۔ اس رکمہ (cumulus) کا نام "قرص ولودی" (discus proligerus) ہے، اور
اس کا قاعدہ پہلے پہل بیض کے لُب (medulla) کی طرف ہوتا ہے۔ پہلے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ جرابی
سیال (liquor folliculi) ذراتیہ کے خلیات کی اماعت یا ان کے انحطاط کے عمل سے
پیدا ہوتا ہے۔ لیکن اس نظریہ پر حال ہی میں آرتھر تھامسن (Arthur Thompson)، سٹراسمین
(Strassmann)، اور ڈبلیو شا (W. Shaw) نے اعتراض کیا ہے۔ ان کا یہ خیال ہے کہ
یہ سیال ان خلیات کا خالص افراز ہے۔ شا (Shaw) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ مناسب 43
توشیہ (میلوری کے توشیہ) سے خود ذراتیہ کے خلیات میں افراز کے خالیول (vacuoles)
کا بالعموم مظاہرہ کیا جا سکتا ہے۔ (granulosa layer) اس درجہ پر عروق دار نہیں
ہوتی کیونکہ داخلی غلاف (theca interna) کے شعری عروق کا تفرع ایک قاعدی غشا
(خارجی تحدیدی غشا : membrana limitans externa) سے محدود رہتا ہے جو دونوں
تہوں کے درمیان حائل ہوتا ہے۔

عمل حیض کے دوران میں ذراتی تہ میں مشبّک نیم شفاف مادہ کے چھوٹے چھوٹے گول
گول نیچے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک ذراتیہ کے خلیات کی ایک باقاعدہ تہ سے محصور
ہوتا ہے جس میں خلیات شعاعی طور پر مرتب ہوتے ہیں۔ ان چھوٹی چھوٹی ساختوں کی اہمیت

اوران کا فعل ابھی تک معلوم نہیں ہوا۔ یہ کال اور ایکسنر کے اجسام (bodies of Call and Exner) کے نام سے موسوم ہیں (دیکھو شکل ۳۵ ل)۔
جراب میں انشقاق واقع ہونے سے پہلے یہ ضروری ہے کہ یہ بیض کی سطح کے قریب آجائے۔



شکل ۴۴ - پختہ گرافی جراب (بیٹنگ کے مناظر ورید سے لیا) بیض کی سطح پر ابھر کر ابھد تم۔
قرص ولودی نسیم کے قریب آرہا ہے۔

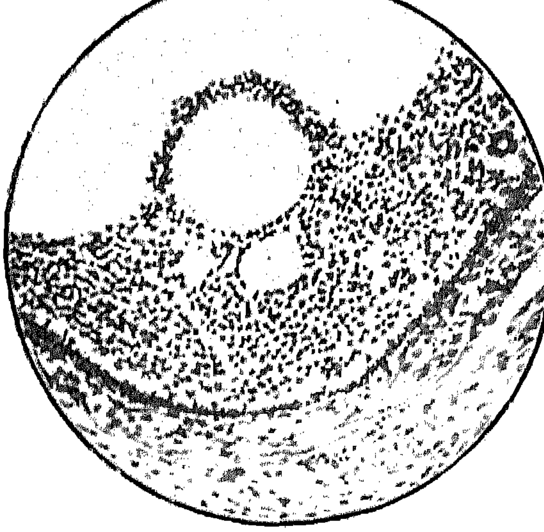
جس میکانیہ سے ایسا ہوتا ہے اس کا ذکر سٹراسمین (Strassmann) نے کیا ہے، اور اس کی تصدیق ڈبلیو شا (W. Shaw) نے کی ہے، اس کا پہلا مرحلہ یہ ہے کہ قرص ولودی (discus proligerus) کا رکمہ (cumulus) اس طرح گھوم جاتا ہے کہ اس کا قاعدہ بیض کی سطح کی طرف آجاتا ہے۔ یہ عمل داخلی غلاف (theca interna) کی تہ کے ان خلیوں کے تکاثر کے دوش بدوش واقع ہوتا ہے جو

جراب کی جانب پر سطح سے قریب ترین واقع ہوتے ہیں۔ اس طرح داخلی غلاف کے خلیوں کا ایک فانہ ہیکل (stroma) میں گھس جاتا ہے اور سطح کی طرف ایک کم مزاحم رقبہ پیدا کر دیتا ہے۔ لہٰذا ہیکل پہ
44 غلافی خلیوں (thecal cells) کا حملہ اور ذراتیہ کے سر طلبہ کے افراز کی وجہ سے جراب کا بڑھتا ہوا تمدد ایسے امور ہیں جو تبویض سے عین پہلے ظہور پذیر ہوتے ہیں اور اس میں سہولت پیدا کرتے ہیں۔ انشقاق سے عین پہلے جراب کی داخلی غلافی تہ (theca interna layer) اور مبیض کی سطح کے درمیان ہیکلی خلیات (stroma cells) حائل نہیں ہوتے۔ ہونے والے انشقاق کا حقیقی محل وقوع جراب کی سطح پر اکثر ایک چھوٹے سے نشیب کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ اس مقام کو "میسم" (stigma) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، اور یہ پلازما کی ایک ترویب یافتہ ڈاٹ سے ڈھکا ہوتا ہے جس میں خلیات ابیض (leucocytes) اور چند ائیوسین پسند (eosinophile) خلیے موجود ہوتے ہیں (شکل ۳۴)۔ داخلی غلافی تہ میں اب شعری عروق کی رسد بہت کافی مقدار میں پائی جاتی ہے، مگر ذراتی تہ بالکل عدیم العروق ہوتی ہے۔

انشقاق کے وقت خالی جراب میں طبعی طور پر کوئی نزف واقع نہیں ہوتا، اور اس کے فوراً بعد یہ پلازما کی ڈاٹ اور ذراتی تہ کے بیرون گردیدہ حاشیوں کے اقتراب کی وجہ سے بند ہو جاتا ہے۔ میسم (stigma) یا تو ذراتیہ کے خلیوں کی بیش پرورش سے جو جسم اصفر (corpus luteum) کے نمو میں واقع ہوتی ہے، یا مبیضی قشرہ کی اتصالی بافت کے خلیوں کے نمو سے مستقل طور پر مختوم ہو جاتا ہے۔ اگر تبویض سے قبل داخلی غلاف (theca interna) میں نزفی نزف واقع ہو جائے تو میسم (stigma) اندر کی طرف رہتا ہے اور منعقد فائبرین (fibrin) کی ڈاٹ سے بند رہتا ہے۔ غیر طبعی تبویض کی تفصیلات کا مزید ذکر "غلافی (Thecal) اور غلافی لیوٹینی دویروں (Theca-lutein cysts) اور دموی سلعات (Hæmatomata)" کے تحت کیا گیا ہے (دیکھو صفحہ 672,662)-

یہاں یہ معلوم ہو جانا چاہیئے کہ پیرانہ مبیضوں کی سطح کی بے قاعدگی اور ان کے معروف و مشہور نشیب اور میزابات قشرہ کے تبویضی ندبات کا نتیجہ نہیں ہوتے۔ یہ منظر لُب (medulla) کے عروق کے سکڑنے اور ان کے ذبول سے، اور اس عضو کی تمام جسامت میں تخفیف واقع ہونے سے در آتا ہے لیکہ پردۂ ابیض (tunica albuginea) استوار رہتا ہے، پیدا ہوتا ہے۔ پیرانہ سالی میں بیض عمر کے دوسرے حصوں کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، اور اس کی بستگی سخت ہوتی ہے، اور یہ

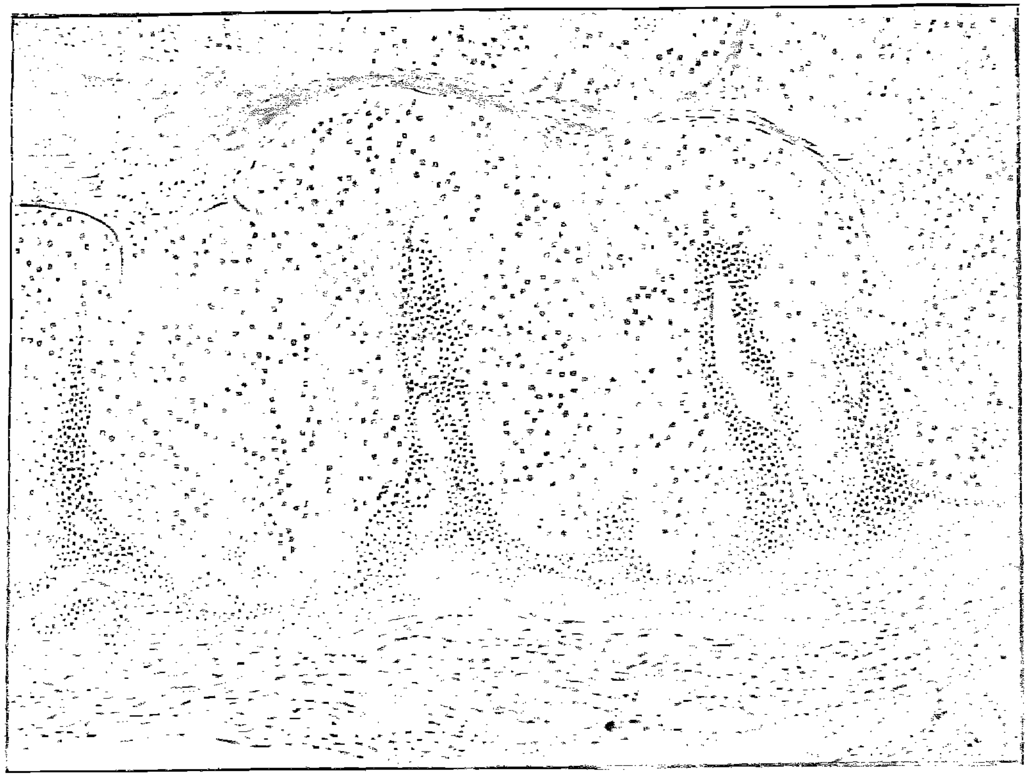
سفید اور شکن دار ہوتا ہے۔ کیسی سرحلمہ (capsular epithelium) کا مظاہرہ بعض اوقات



شکل ۳۵ ﻟ ۔ جوان گرافی جراب کی تراش جو قرص والودی اور بیضہ کو ظاہر کرتی ہے۔ اس عکسی تصویر کی دائیں جانب پر "کال اور اکیسنر کے اجسام" کی ایک قطار دکھائی دیتی ہے۔ ذراتی اور داخلی غلافی تہوں کے درمیان ایک واضح الحدود خط فصل دکھائی دیتا ہے (ڈیلپورٹا)۔

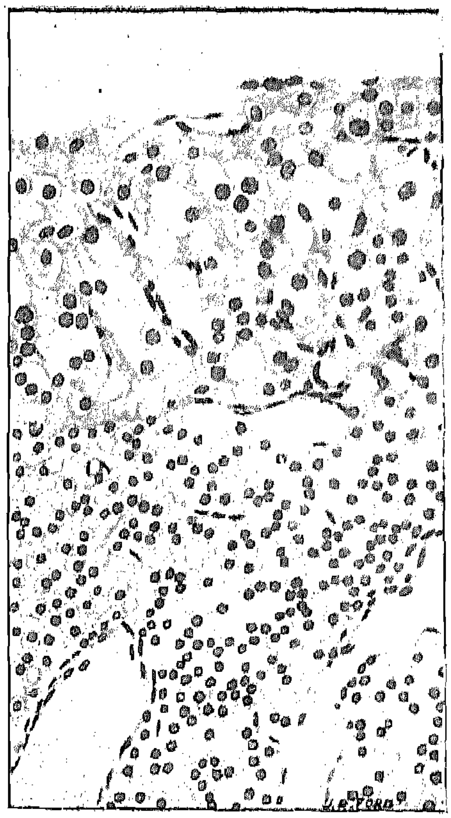
45 بوڑھی عورتوں میں بھی کیا جا سکتا ہے۔ ان میں خلیے مکعبی ہونے کی بجائے چپٹے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۵)۔

جسم اصفر (corpus luteum)۔ پھٹے جراب کو انشقاق کے وقت سے نوخیز جسم اصفر (early corpus luteum) کے نام سے موسوم کیا جا سکتا ہے۔ اس وقت جراب کا استر ذراتیہ کے خلیوں (granulosa cells) سے بنا ہوتا ہے جس کے باہر کی طرف (۱) شعری عروق کا ایک جال اور (۲) دانہ دار سرحلمہ نما خلیوں یعنی غلافی لیوٹینی خلیوں (theca-lutein cells) کا ایک منطقہ ہوتے ہیں۔ یہ خلیے داخلی غلاف (theca interna) سے پیدا ہوتے ہیں۔ پختگی کے آئندہ درجہ میں ذراتیہ کے خلیوں (granulosa cells) بڑے بڑے کثیر السطوح خلیوں یا "حقیقی لیوٹینی خلیوں: (true-lutein cells) میں تبدیل ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۳۵ ب)، اور



جسم صفر (Corpus Luteum) میں (۱) بڑے بڑے زرد آگین لیوٹینی خلیات (Granulosa Lutein Cells) کے تلافیف، اور (۲) چھوٹے چھوٹے غلافی لیوٹینی خلیات (Theca-lutein Cells) (زرد لیوٹینی خلیات :Para-lutein Cells) دکھائی دیتے ہیں۔ موخرالذکر قبل الذکر کے شکنوں کو گھیرے ہوئے ہیں، اور ان کے درمیان گچھوں یا فواصل کی شکل میں بھی موجود ہیں۔ غلافی لیوٹینی خلیات داخلی غلاف یا عرقی پردہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ (ڈبلیو شا۔)

پختہ جراب کا تقریباً تمام جسم انہی سے بنا ہوتا ہے۔ بالفاظ دیگر لیوٹینی خلیہ (lutein cell) تشریحی نقطہ نظر سے ذراتیہ کے خلیہ کا متناظر ہوتا ہے۔ یہ صرف نمو کا ایک آشدہ درجہ ہے جیسا کہ ریزہنی خلیہ



ل
لیوٹینی خلیات

ب
داخلی غلاف کے خلیات

شکل ۳۵ ب ۔ نوعمر جسم اصفر (ڈبلیو شنا کے مطابق) جس میں بڑے بڑے کثیرالسطوح حقیقی لیوٹینی خلیات ذراتیہ کے خلیات سے پیدا ہوتے دکھائی دیتے ہیں۔ ان بڑے بڑے خلیوں کا رنگ ان میں ایک شحمی یا لپائڈ زردلون کے جو "لیوٹین" کہلاتا ہے مطروح ہوجانے سے زرد ہوجاتا ہے۔ داخلی غلاف کے خلیات (ب) زیادہ چھوٹے ہیں اور ذراتیہ کے خلیوں سے واضح طور پر ممیز ہیں۔

(endometrial storma cell) ایک تخصیص یافتہ درون رحمی ہیکلی خلیہ (decidual cells)

ہے۔

غشائی لیوٹینی یا نزدلیوٹینی خلیے (theca-lutein or para-lutein cells) جن کا ذکر پہلے پہل فان ڈرسٹرکٹ (Van der Stricht) نے کیا تھا، لیوٹینی خلیوں کے محیط پر ایک باریک تہ بن جاتی ہے۔ یہ خلیے موخرالذکر سے جسامت میں چھوٹے ہوتے ہیں اور ان کے تلوینی خواص مختلف ہوتے ہیں (ٹوارٹس نیوٹرل ریڈ، لائٹ گرین طریقہ (Twort's neutral red light green method: - یہ داخلی غلاف (theca interna) سے مشتق ہوتے ہیں، 46
اور ان کے تکاثر کے دوران میں ان کے گچھے اور مہاز بن جاتے ہیں جو حراب کے دروننہ میں تواصل کی شکل میں ابھر آتے ہیں، جو لیوٹینی خلیوں کے ستونوں کے درمیان جو خود بھی اس وقت متکاثر ہوتے ہیں



شکل ۳۶ ۔ مستعمل جسم اصفر (ولفریڈشا کے مطابق) جو ذراتیتی (حقیقی) لیوٹینی خلیات کے ایک وسیع منطقہ کو ظاہر کرتا ہے۔

حائل ہوتے ہیں۔ بڑے بڑے ذراتیتی لیوٹینی خلیات (granulosa-lutein cells) کا تعلق نزدلیوٹینی خلیہ (para-lutein cells) یا غلافی خلیوں (theca cells) سے ہے جو صفحہ ۲ میں

دکھا جا سکتا ہے۔ اس طرح دونوں قسموں کے لیوٹینی خلیے تلافیف میں پائے جاتے ہیں، لیکن چھوٹے نزد لیوٹینی یا غلافی لیوٹینی خلیوں (para-or theca leutein cells) کی تعداد بہت کم ہوتی ہے، اور تقریباً تمام کہفہ "حقیقی" لیوٹینی خلیوں سے پر ہوتا ہے جو ذراتیہ (granulosa) سے مشتق ہوتے ہیں۔

ولفریڈ شا (Wilfred Shaw) نے حال ہی کے انشقاق یافتہ جراب سے جسم اصفر کے نمو کا مفصل بیان قلمبند کیا ہے۔ شا (Shaw) کا اولین نمونہ انشقاق کے ایک یا دو دن کے اندر اندر (گذشتہ ماہواری ایام کی ابتدا کے چودھویں اور سترھویں دن کے درمیان) حاصل کیا گیا تھا۔ اس نمونہ میں ذراتیتی لیوٹینی خلیوں (granulosa lutein cells) یعنی حقیقی لیوٹینی خلیوں میں ابھی تکاثر جاری تھا (شکل ۳۵ ب)، جس سے یہ ظاہر ہوتا تھا کہ بعض خلیے ابھی ابھی خارج ہوا ہے۔ گذشتہ ماہواری ایام کی ابتدا کے انیسویں دن حقیقی لیوٹینی خلیوں کا تکاثر درجۂ اعظم تک پہنچ جاتا ہے (شا: Shaw)، اور ان سے ایک خاکستری جسم طیار ہوتا ہے جس میں (۱) ایک چھوٹا سا کہفہ ہوتا ہے جس کا استر (۲) ایک تلفیف دار منطقہ (convoluted zone) کا ہوتا ہے جو بڑے بڑے صاف کثیر السطوح خلیوں سے مرکب ہوتا ہے، اور یہ خلیے عروق شعریہ کے ایک جال، اور (۳) غلافی لیوٹینی خلیوں (theca-lutein cells) کے (جو کیسہ کے داخلی عرقی طبقہ سے حاصل ہوتے ہیں) ایک منطقہ سے محصور ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ ۲)۔

تقریباً تمام جسم اصفر حقیقی لیوٹینی خلیوں کے تلافیف سے مرکب ہوتا ہے، اور غلافی خلیوں (theca cells) سے صرف ایک باریک محیطی منطقہ ہی بنتا ہے جو اندر کی طرف ابھر جاتا ہے، اور تلافیف کے بننے میں مدد دیتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں جسم اصفر لازمی طور پر ایک دوہری ساخت ہوتا ہے، جس میں ان سرطلمی خلیوں کا نیم شفاف افراز موجود ہوتا ہے جو اس بے قاعدہ کہفہ کا استر ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۷)۔ طبعی حالت میں اس کہفہ میں خون کی درریزش نہیں ہوتی۔ تاوقتیکہ 47 رجعت واقع نہیں ہو جاتی یہ اس میں موجود نہیں ہوتا اور جب یہ واقع ہو جاتی ہے تو یہ کہفہ میں بالعموم پایا جاتا ہے۔

پختہ جسم اصفر دور حیض کے انیسویں دن سے لیکر اکیسویں دن تک (اگر گذشتہ ماہواری ایام کے پہلے دن سے شمار کیا جائے، شا) برقرار رہتا ہے۔ اٹھائیسویں دن یعنی آئندہ ماہواری ایام کے پہلے دن اس میں انحطاط شروع ہو جاتا ہے۔

جسم اصفر کا انحطاط (Degeneration of the Corpus Luteum)۔ اس جسم میں بیضی خلیہ کے بارآور نہ ہونے کی وجہ سے انحطاط واقع ہوتا ہے۔ اگر بیضی خلیہ بارآور ہو جائے تو ایسا نہیں ہوتا۔ انحطاط کا عمل مندرجۂ ذیل ہے:- پہلے زرد لیوٹینی (para-lutein) خلیوں میں اور پھر حقیقی لیوٹینی خلیوں میں شحمی انحطاط (fatty degeneration) ظاہر ہوتا ہے۔ اور ساتھ ہی لالیف کی تہوں کے درمیان زجاجی شے (hyaline substance) مطروح ہو جاتی ہے۔ جسم اصفر کے انحطاط کی ابتدا کے وہ خواص جو برہنہ آنکھ سے دکھائی دیتے ہیں لیوٹینی خلیوں میں لپائڈ لون (lipoid pigment) کے فراہم ہونے کی زیادتی پر محمول ہیں کیونکہ اسی سے لالیف کی ممیز زرد رنگت پیدا ہوتی ہے (دیکھو صفحہ ۳ اور شکل ۳۸)۔ بعد ازاں زجاجی مادہ فراہم ہو جاتا ہے۔ اور زرد خلیے مضغوط ہو جاتے ہیں اور ان میں ذبول پیدا ہو جاتا ہے۔ ان کی جگہ انجام کار سفید غیر شفاف ہیالین کے پیچیدہ بند لے لیتے ہیں جو ایک مرکزی کہفہ کے ارد گرد مرتب ہوتے ہیں۔ اس طرح جسم اصفر ایک زجاجی جسم میں جس کا خاکہ پیچیدہ ہوتا ہے منقبض ہو کر ختم ہو جاتا ہے۔ یہ جسم "جسم ابیض" (corpus albicans) کہلاتا ہے۔ ڈبلیو شا (W. Shaw) نے تخمینہ لگایا ہے کہ جسم اصفر کے جسم ابیض میں منقبض ہونے کے لئے سات تا دس ماہ کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ ان اجسام کی موجودگی سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ بیضین میں تبویض (ovulation) بالعموم متبادل ہوتی ہے۔



شکل ۳۷۔ جسم ابیض۔ زرد انحطاط یافتہ لیوٹینی خلیات کی جگہ سفید غیر شفاف زجاجی مادہ پیدا ہو گیا ہے۔

اب تک اس امر کا علم ہو چکا ہوگا کہ انشقاق اور بیضی خلیہ (egg-cell) کا اخراج مکمل پختگی کے لئے یا دوسرے الفاظ میں

صفحہ ۳



انحطاط پذیر جسم اصفر (Degenerating Corpus Luteum) (ڈائیوشا)

جس میں صادق لیوٹینی خلیوں کا مثالی زرد رنگ دکھائی دیتا ہے ۔ یہ زرد رنگ اول اول جسم اصفر کی پختگی کے درجہ میں نمودار ہوتا ہے ' مگر اس کے انحطاط کے دوران میں یہ نہایت نمایاں ہوتا ہے ۔

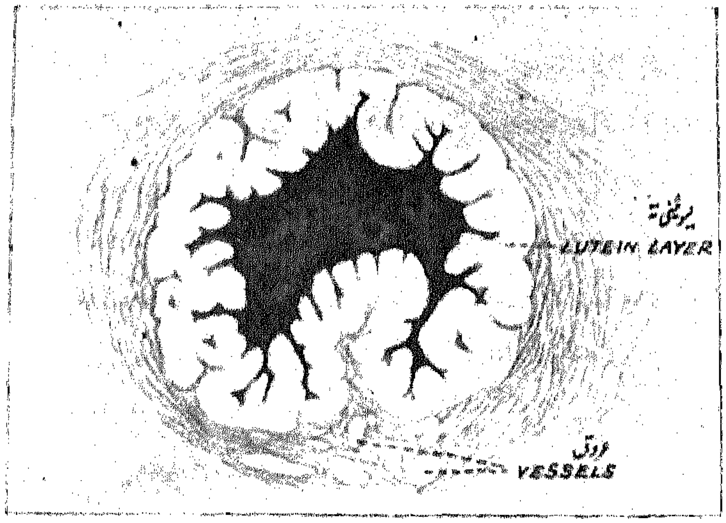
بمقابل صفحہ ۱۶

ذراتیہ کے خلیوں (granulosa cells) کے حقیقی لیوٹینی خلیوں (lutein cells) میں تبدیل ہونے کے لئے لازمی ہے۔ بے انثقاب (atresic) جرابوں میں جو کبھی منشق نہیں ہوتے غلافی لیوٹینی خلیے (theca-lutein cells) بن جاتے ہیں۔ لیکن ذراتیہ (granulosa) بجائے اس کے کہ اس سے "حقیقی" لیوٹینی خلیے طیار ہوں ٹکڑے ٹکڑے ہو کر بیضی خلیہ کے ساتھ ہی غائب ہو جاتا ہے، اور ایک چھوٹا سا دبیرہ باقی رہ جاتا ہے جس کی دیواروں کے اندر کی طرف زجاجی مادہ کے ایک ورقہ، اور غشائی لیوٹینی خلیوں کے ایک منطقہ کا استر ہوتا ہے۔ یہ ساخت جو اس طرح طیار ہوتی ہے، اور بالغ بیضوں میں بالعموم موجود ہوتی ہے "بے انثقاب جسم" (corpus atreticum) کہلاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد زجاجی بند پتلے ہو جاتے ہیں اور کیسک میں ہبوط واقع ہو جاتا ہے اور کھفہ
48 منطمس ہو جاتا ہے۔ انحطاط پذیر بے انثقاب جراب کی اس ہیئت کا نام ایشاف (Aschoff) نے "جسم سفید" (corpus candicans) رکھا ہے۔ اس قسم کی بے انثقاب ساختیں جو بہت چھوٹے چھوٹے جرابوں سے "یا ابتدائی بیضوں (primordial ova) سے بھی پیدا ہوتی ہیں، اور بچوں کے بیضوں میں سن بلوغ سے پہلے موجود ہوتی ہیں، "حبلی الشکل اجسام" (corpora restiformia) کی اصطلاح سے تعبیر کی جاتی ہیں۔ یہ جسم اسی طرح پیدا ہوتے ہیں جس طرح بالغ عورتوں میں بے انثقاب جسم (corpus atreticum) اور جسم سفید (corpus candicans) پیدا ہوتے ہیں۔ امراضیاتی صورت حالات کے تحت، اور خاص کر ان بیضوں میں جو حوضی النہابی ضررات اور رحمی لیفی عضلی سلعات (uterine fibromyomata) کے مریضوں سے علیحدہ کئے جاتے ہیں، جراب ہبوط نہیں ہوتا۔ یہ ایک زجاجی بافت سے بھر جاتا ہے جو ایک ورقہ سے حاصل ہوتی ہے جو طبعی طور پر داخلی غلاف (theca interna) اور انحطاط یافتہ ذراتیہ کے درمیان پیدا ہو جاتا ہے، اور "شیشہ نما غشا" (glass membrane) کہلاتا ہے۔ اس طرح جو سخت جسم بن جاتا ہے اس کا نام سیٹز (Seitz) نے "لیفی جسم" (corpus fibrosum) رکھا ہے، اس کا وجود تندرست بیضوں کا خاصہ نہیں۔

بیض کے خشکی خلیے (The Interstitial Cells of the Ovary)۔

ادنیٰ پستانیوں میں بیض کے رنگی (ہیکلی) خلیے انسانی بیض کے انہی خلیوں کی نسبت زیادہ عظیم الجثہ اور کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور ان کی فعلیاتی اہمیت غالباً معتد بہ ہے (دیکھو بیض کی فعلیات صفحہ 96,92)۔ ان خلیوں کی اصل مدت سے متنازع فیہ رہی ہے۔ ڈبلیو شا (W. Shaw)

نے انسانی مبیض میں ان کا کسی قدر تفصیل سے مطالعہ کیا ہے ' اور یہ نتیجہ نکالا ہے کہ یہ ہمیشہ داخلی غلاف (theca interna) کے خلیوں سے مشتق ہوتے ہیں جو خواہ بے انثقاب ہو یا دوسری قسم کا۔ یہ خلیات انسانی مبیضوں میں درون رحمی زندگی کے متاخر حصہ سے لیکر انقطاع الطمث تک موجود ہوتے ہیں ' اور دوران حمل میں ان کی پیدائش ان جرابوں سے جو پختہ نہیں ہوتے غالباً جاری رہتی ہے۔ یہ خیال



شکل ۳۸۔ جسم اصفر جس میں خون کا ایک چھوٹا سا تھکا موجود ہے۔

پیش کیا گیا ہے کہ نزد لیوٹینی (para-lutein) (داخلی غلافی) خلیات سے ' جو ہیکل میں مرکز گریز طریقہ پر منتشر ہوتے ہیں ' اور بلحاظ تشکیلات اسی سے تعلق رکھتے ہیں ' غالباً ایک ہارمون (hormone) پیدا ہوتا ہے جو عورت کے عمومی احساس صحت پر اثر انداز ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے اس امر میں ابھی کوئی شبہ معلوم نہیں ہوتا کہ افعال حیض و تولید کو کلاں حقیقی لیوٹینی خلیے منضبط 49
رکھتے ہیں ' جو ذراتیہ کے خلیوں (granulosa cells) سے مشتق ہوتے ہیں ' اور جن پر جسم اصفر کا بہت سا حصہ مشتمل ہوتا ہے۔

زندگی کے مختلف حصوں میں مبیض کی حالت۔ یہ پہلے بھی ظاہر کیا جا چکا ہے کہ زندگی کے مختلف حصوں میں مبیض کی ساخت مختلف ہوتی ہے۔ چنانچہ زمانۂ طفولیت میں یہ ہموار اور ٹھوس ہوتا ہے ' اور خورد بین سے امتحان کرنے پر اس میں کثیر التعداد ابتدائی جراب (primordial follicles)

دکھائی دیتے ہیں، جن میں سے بعض مکمل طور پر اور چند ناقص طور پر پختہ ہوتے ہیں۔ جیسا کہ سٹیونس (Stevens) نے ثابت کیا ہے ان جرابوں میں سے کوئی ایک منشق نہیں ہوتے۔ زمانۂ بلوغ میں مبیض کی جسامت بڑی اور اس کی رنگت گلابی یا موتی کی سی سفید ہوتی ہے۔ اس میں اکثر اوقات کئی ایک چھوٹے چھوٹے دوپرے بھی موجود ہوتے ہیں جو سطح پر ابھرے ہوتے ہیں۔ خردبین سے اس میں تنے



شکل ۳۹۔ ۵۶ سال کی عمر کی عورت کا مبیض۔ ا۔ قشرہ۔ ب۔ لُب۔ گرافی
جراب بالکل غائب ہوگئے ہیں۔ قشرہ میں لیفی بافت کی بہت بڑی مقدار موجود ہے۔
کیسی سرحلمہ مکعبی ہونے کی بجائے چپٹا ہوگیا ہے۔

یا پرانے اجسام اصفر کے علاوہ کثیر التعداد مکمل جراب نظر آتے ہیں جو پختگی کے مختلف مدارج میں ہوتے ہیں۔ نیز تہیکل بہت زیادہ خلوی ہوتا ہے۔ سن رسیدہ عورتوں میں مبیض دوسرے حصص زندگی کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، اور اس کی بستگی سخت ہوتی ہے، اور یہ سفید اور شکن دار ہوتا ہے۔ خردبین سے

امتحان کرنے پر اس میں جراب نظر نہیں آتے، بلکہ زجاجی رقبے (hyaline areas) دکھائی دیتے ہیں جو اجسام ابیض (corpora albicantia) کے قائم مقام ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۷) اور ساتھ ہی بے انثقاب جرابوں (atresic follicles) کے باقی ماندہ حصے مثلاً جسم سفید (corpus candicans) اور لیفی جسم (corpus fibrosum) بھی دیکھنے میں آتے ہیں۔ ہیکل زیادہ تر لہردار لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے جو بخوبی نمو یافتہ ہوتی ہے، اور شریانوں کی دیواروں میں یا تو دبازت پائی جاتی ہے اور یا شریانی درونہ کے التہاب (endarteritis) کی وجہ سے یہ مکمل طور پر منطمس پائی جاتی ہیں۔ کیپسی سرحلمہ (capsular epithelium) کا وجود بعض اوقات سن رسیدہ عورتوں میں بھی ثابت کیا جا سکتا ہے، ان میں خلیے مکعبی ہونے کی بجائے تقریباً چپٹے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۹)۔

مہبل 50

(THE VAGINA)

مہبل سے تناسلی قنال کا زیر ترین قطعہ بنتا ہے، اور یہ عنق کے مہبلی حصہ سے لیکر فرج تک پہنچتی ہے۔ اس کا تقریباً تمام مرفرش حوض میں واقع ہوتا ہے، اسلئے یہ کہفہ حوض کے باہر ہوتی ہے۔ طبعی طور پر اس کی مقدم اور موخر دیواریں ایک دوسری سے متماس ہوتی ہیں، اور اس لئے اس کا درونہ ایک مستعرض یا کسی قدر ایچ (H) کی شکل کی جھری کا ہوتا ہے جو وسط کی نسبت اطراف پر زیادہ فراخ ہوتی ہے۔ حالت تمدد میں یہ تقریباً اسطوانہ نما ہو جاتی ہے۔ مہبل کا عمومی رخ اوپر سے نیچے کی اور آگے کی طرف کو ہوتا ہے، اور سامنے کی طرف ایک خفیف سا انقعار ہوتا ہے، جس کی وجہ سے پچھلی دیوار اگلی دیوار کی نسبت کسی قدر لمبی ہوتی ہے۔ یہ بالترتیب ۴ انچ اور ۳ انچ ہوتی ہیں۔ اس کے ارد گرد عروقی التحامی بافت کا ایک غلاف موجود ہوتا ہے جس میں سادہ عضلہ کے کچھ ریشے ہوتے ہیں۔ یہ غلاف عدیم الولادت عورت میں صاحب ولادت عورت کی نسبت زیادہ دبیز ہوتا ہے۔ مہبل کی بالائی انتہا کو جو عنقی مہبلی اتصال کی وجہ سے مسدود ہوتی ہے اکثر اوقات "سقف" (roof) کہا جاتا ہے۔ چونکہ عنق مہبل کی مقدم دیوار کی بالائی انتہا میں سے قنال مہبل کے مرکز تک تطابیل کر آتی ہے اس لئے یہ اس کو کسی حد تک منعکس کر دیتی ہے۔ عنق کے گردا گرد مہبلی دیوار محراب دار یعنی مقعر ہوتی ہے، اور اس کے چار حصے تمیز کئے جا سکتے ہیں جن کو فرداً فرداً اگلا، پچھلا، دایاں اور بایاں مہبلی قبو (vaginal fornix) ہ

کہا جاتا ہے ۔ ان میں سے پچھلا قبو سب سے زیادہ گہرا اور سب سے زیادہ کشادہ ہوتا ہے ۔ اگلا سب سے زیادہ اتھلا ہوتا ہے' اور جانبی قبوؤں کی گہرائی متوسط ہوتی ہے ۔ پچھلے قبوہ کے عین پیچھے اور اوپر ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) اور اگلے قبوہ کے عین اوپر مثانہ واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱ و ۲) ۔ جانبی قبو سے خلوی بافت کے ان تودوں سے متماس ہوتے ہیں جن سے عریض رباط کے قاعدے پُر ہوتے ہیں ۔

مہبل کی زیریں انتہا دہنہ (ostium) یا مَولِج مہبل (introitus vaginæ) پر فرج (vulva) کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے اور اس تناسلی قنال کو جو رحم کے فم خارجی سے لیکر مولج مہبل تک چلی جاتی ہے عموماً "زیریں تناسلی خطہ" کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے ۔ باکرہ میں دہنہ مہبل (ostium vaginæ) پردۂ بکارت (hymen) سے جو فرجی مہبلی مقام اتصال کو ظاہر کرتا ہے جزوی طور پر مسدود ہوتا ہے ۔ صاحب ولادت عورت میں فرج اور مہبل کے درمیان کوئی واضح اور معین برزخ نہیں ہوتا ۔ اور پردۂ بکارت کا بہت سا حصہ غائب ہو چکا ہوتا ہے ۔ مہبل کا مدخل شفرتین کے انضمام کی وجہ سے قاعدۃً پوشیدہ ہوتا ہے اگر جب عجانی جسم (perineal body) کو بہت سا ضرر پہنچ چکا ہو تو اس کا نتیجے کا سر اکھلا رہتا ہے ۔ سن رسیدہ عورتوں میں اس حالت میں زیادتی پائی جاتی ہے' اور اس سے صعودی سرایت کی تائید ہوتی ہے ۔

مہبل کی مقدم دیوار کا بالائی نصف حصہ مثانہ کے قاعدہ سے علاقہ پیدا کرتا ہے ۔ اور اس کے زیریں نصف حصہ کے ساتھ مبال مضبوطی سے پیوستہ ہوتا ہے ۔ مثانہ کو مہبل سے عام طور پر بآسانی علیحدہ کیا جا سکتا ہے' کیونکہ ان کے درمیان اتصالی بافت اور عضلی طبقے واقع ہوتے ہیں ۔ مہبل اور مثانہ کے درمیان جو عضلی تختہ حائل ہوتا ہے وہ عانی عنقی عضلہ (pubo-cervicalis muscle) سے بنا ہوتا ہے جس سے اس ساخت کا مرکزی حصہ بنتا ہے جسے بونی (Bonney) مقدم "عانی شلف" (pelvic shelf) کے نام سے تعبیر کرتا ہے اور اس نے گرد مہبلی اتصالی بافت میں ایک عضلی تختہ کا ذکر کیا ہے جو عنق اور مستعرض عنقی رباطوں (transverse cervical ligaments) سے لیکر مہبل کے وسطی اور زیریں تہائی حصوں کے مقام اتصال تک پہنچتا ہے ۔ مہبلی پیچیدگیوں کی جو اہمیت رحم کو طبعی وضع میں قائم رکھنے کے سلسلہ میں ہے اس پر پہلے ہی زور دیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 29) ۔ مبال کے زیریں دو تہائی حصے مہبل کی دیوار کی بیرونی تہوں سے مضبوطی سے مربوط ہوتے ہیں ۔ اور ان کو محض کاٹ کر ہی علیحدہ کیا جا سکتا ہے ۔ مہبل کی موخر دیوار کا

بالائی ایک تہائی حصہ ڈگلس کی جیب کے فرش سے (دیکھو شکل ۱)، اور وسطی ایک تہائی حصہ مستقیمی
انتفاخ (rectal ampulla) سے، اور زیریں ایک تہائی حصہ عجانی جسم (perineal body)
سے تعلق رکھتا ہے۔ طبعی حالات میں مذکورہ دیوار ان جملہ ساختوں سے خلوی بافت کی ایک تہ سے 51
علیحدہ ہوتی ہے۔ صاحب ولادت عورتوں میں تباہئی دریدگیوں (obstetric lacerations)
کے بعد خلوی بافت کے سرائت زدہ ہو جانے سے مستقیمی اور مہبلی دیواریں بعض اوقات آپس میں مضبوطی
سے متحد ہو جاتی ہیں۔ حالبین جانبی اور مقدم قبووں کے ساتھ قریبی علاقہ رکھتے ہیں (دیکھو شکل ۶)۔
ان کے دبازت یافتہ ہو جانے کی حالت میں جیسا کہ تدرنی مرض (tuberculous disease) میں ہوتا
ہے، ان کا اس محل پر تجسس کیا جا سکتا ہے۔ رحمی اور مہبلی شریانیں بھی مہبل کی جانبی دیواروں کے بالائی
حصہ کے نزدیک سے گذرتی ہیں، اور یہاں ان کا نبضان اکثر اوقات صاف طور پر محسوس کیا جا سکتا ہے۔

عدیم الولادت عورتوں میں مہبل کی مقدم اور موخر دونوں دیواروں کی مخاطی سطحوں کو متعرض شکن یا اساریر (rugæ) عبور کرتے ہیں جو مقدم دیوار کے زیریں ایک تہائی حصہ پر نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ مکرر ولادتوں کے بعد یا بوجہ سقوط (prolapse) تنیدہ ہو جانے کے باعث یہ مکمل یا جزوی طور پر منطمس ہو جاتے ہیں۔ بعض حالتوں میں مقدم اور موخر دونوں دیواروں پر ایک وسطی حید (ridge) انتصابی رخ میں گذرتا ہے، جو وسطی مہبلی ستون (median vaginal column) کے نام سے موسوم ہے۔ جنین میں بالغ عورت کی نسبت متعرض شکن زیادہ واضح اور زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور وسطی مہبلی ستون خوب نمایاں ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۴۴ صفحہ 63)۔

ساخت۔ مہبلی دیوار تین تہوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ (۱) سرحلمہ (epithelium) (۲) تحت سرحلمی اتصالی بافت (sub-epithelial connective tissue)، (۳) عضلہ (دیکھو شکل ۴۴)۔

مہبلی سرحلمہ طبقہ دار قشری (stratified squamous) قسم کا اور جلد کے مشابہ ہوتا ہے، اور اس میں تین تہیں تمیز کی جا سکتی ہیں۔ سب سے گہری تہ قصیر القامت ستونی خلیوں (low columnar cells) کی ایک یا دو قطاروں پر مشتمل ہوتی ہے جن میں ایک ایک بڑا سا نوات ہوتا ہے۔ ان کے اوپر مثالی "خاردار" خلیوں (prickle cells) کی کئی ایک تہیں واقع ہوتی ہیں۔ ستونی تہ کے قریب یہ خلیے چھوٹے چھوٹے اور ایک دوسرے میں گھسے ہوتے ہیں، اور

سطح کے نزدیک یہ بڑے بڑے اور کثیر الاضلاع ہوتے ہیں اور ان کے درمیان زینے ہوتے ہیں جو قریبی خلیوں کے زائدوں کے اتحاد سے بنتے ہیں۔ سطحی تہیں چپٹے خلیوں پر مشتمل ہوتی ہیں جن میں ہر ایک میں چند نوات پائے جاتے ہیں اور ان کا خاکہ واضح نہیں ہوتا۔ گویا یہ وہ خلیے ہیں جن میں قرن نما تغیرات (keratoid changes) رونما ہو چکے ہیں۔ بعض اوقات انحطاط یافتہ خلیوں کی بہت سی تہیں سطح سے علیحدہ ہوتی ہوئی دکھائی دیتی ہیں۔ اس تہ میں کئی ایک خلیے خالیہ دار (vacuolated) ہوتے ہیں۔

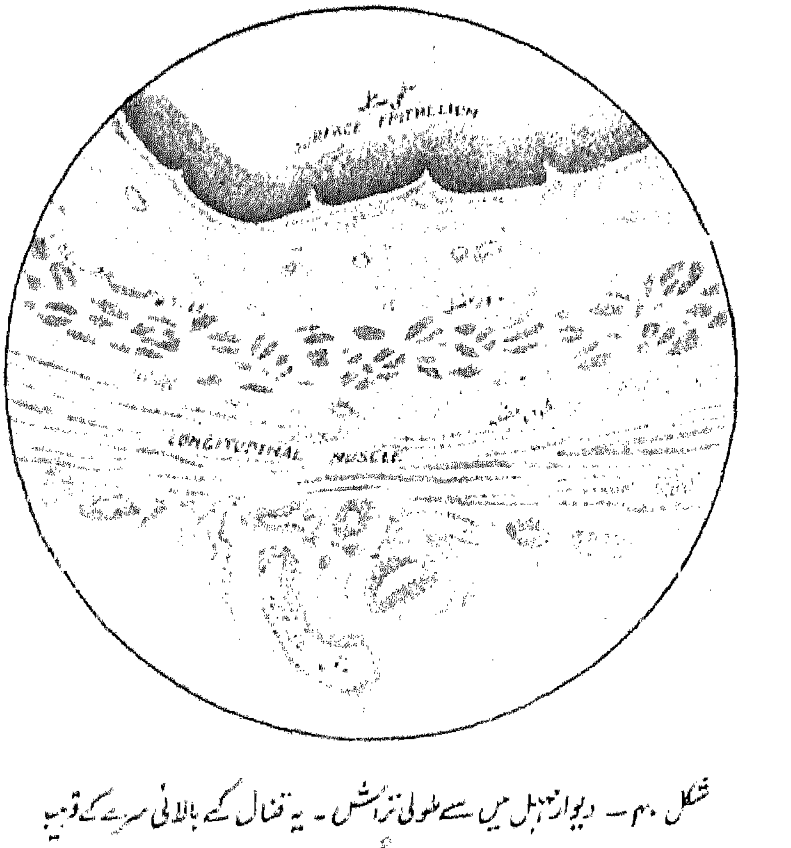
مہبل کی غشائے مخاطی میں قاعدۃً کوئی غدد نہیں ملنا چاہئیں لیکن بعض اشکال میں مختلف مشاہدین نے ابتدائی غددی ساختیں شناخت کی ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ ساختیں ولفی قنات کے زیریں حصہ کے مشتقات سے ہوں، یا التہابی حالتوں میں یہ طبقہ دار سرحلمہ کی تو عادی تہ سے بنجاتی ہوں (دیکھو صفحہ 396)۔ جب یہ موجود ہوتے ہیں تو یہ عام طور پر مہبلی قبووں کے سرحلمہ میں یا اور ان کے قرب وجوار میں پائے جاتے ہیں اور عنق رحم کے مزمن التہاب کو بالعموم متلازم ہوتے ہیں۔

تحت سرحلمی اتصالی بافت گھنی اور ریشہ دار ہوتی ہے۔ اس میں سے خوب نمایاں حلمی زائدے نکل کر اوپر کی طرف سرحلمہ کی گہری تہوں میں چلے جاتے ہیں۔ بخلاف اس کے بعض اوقات سرحلمہ کی گہری سطح سے بھی چھوٹے چھوٹے حلمی زائدے نکل کر تحت سرحلمی بافتوں کے اندر چلے جاتے ہیں۔ یہ زائدے بالخصوص عنق کے مہبلی حصہ میں خوب واضح ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۱۱۔ صفحہ 519)۔ اس تہ میں بہت بڑے بڑے عروق ہوتے ہیں۔

عضلی تہ میں زیادہ تر سادہ عضلہ کے مدور ریشے پائے جاتے ہیں۔ ان کے باہر طولی ریشے بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن وہ نسبتاً ناقص النمو ہوتے ہیں۔ عضلی دیوار کے باہر کی طرف اتصالی بافت کا ایک ڈھیلا ڈھالا غلاف ہوتا ہے جس میں مہبل کے زیریں ایک تہائی حصہ میں رافعات مبرز (levatores ani) کے ریشے، اور بالائی دو تہائی حصوں میں وہ عضلی ریشے جو رحمی عضلہ کے عضلی ورقہ سے مسلسل
52 ہوتے ہیں، پائے جاتے ہیں۔ مہبلی شریانیں اور ان کی رفیق وریدیں بھی اسی ڈھیلے ڈھالے لیفی عضلی غلاف میں سے گذرتی ہیں۔

مہبلی افراز (vaginal secretion)۔ اس کا جزوِ اعظم ایک عبور رشحہ (transudate) ہوتا ہے جو خون اور لمف کے عروق کی سرحلمی تہ سے رس کر باہر نکلتا ہے۔ عنق میں سے بھی کچھ افراز نکل کر اس کے ساتھ مل جاتا ہے۔ خالی آنکھ سے اس کے صفات مختلف نظر آتے ہیں۔ بچوں اور تندرست عدیم الولادت عورتوں میں یہ سفیدی مائل ندفی مادہ کی شکل کا ہوتا ہے جس کا قوام سویقی (pultaceous) ہوتا ہے۔ قبووں میں یہ خاصکر کثرت سے پایا جاتا ہے

اور یہاں یہ لخن (smegma) کی طرح کا ہوتا ہے۔ اس کا تعامل خفیف سا ترشئی ہوتا ہے۔ صاحبِ ولادت عورتوں میں جن میں دہنۂ مہبل (vaginal ostium) فراخ ہوتا ہے اس قسم کا افراز دیکھنے میں نہیں آتا۔ ان میں اکثر یہ رقیق اور زردی مائل سفید ہوتا ہے، اور اس کا تعامل تعدیلی یا قلوی ہوتا ہے۔ خردبین سے امتحان کرنے پر اس میں سطحی قشرات (epithelial squames)



شکل ۴۰ — دیوارِ مہبل میں سے طولی تراشش۔ یہ قنال کے بالائی سرے کے قریب سے لی گئی ہے۔

سفید خلیات (leucocytes)، جراثیم، اور خلوی فواضل (cellular debris) پائے جاتے ہیں۔ عورتیں عام طور پر اس کو "سفید رطوبت" (whites) کے نام سے تعبیر کرتی ہیں۔

مہبلی افراز کی جرثومیات ایک متنازع فیہ مسئلہ رہا ہے، لیکن مندرجہ ذیل امور ایک معتد بہ حد تک مسلمہ قرار دئے گئے ہیں۔

(۱) بچوں، باکرہ، اور تندرست حاملہ عورتوں کے سفید، تدقی، اور ترشئی افراز میں ایک نوعی عصیہ پایا جاتا ہے جو ڈوڈرلین (Döderlein) کے مہبلی عصیہ (vaginal bacillus) کے نام سے موسوم ہے۔ یہ عضویہ محض ترشئی وسائط ہی میں پیدا ہوتا ہے، اور جب یہ افراز میں موجود ہو تو اس میں لیکٹک ایسڈ (lactic acid) ہمیشہ پایا جاتا ہے۔ ڈوڈرلین (Döderlein) کا یہ نظریہ تھا کہ یہ عصیہ اپنے دوران نمو میں کسی تخمیری عمل سے ترشۂ مذکور کو پیدا کرتا ہے۔ مگر حال ہی میں یہ ثابت کیا گیا ہے کہ یہ شے مہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) کے مشمولات میں پائی جاتی ہے جو عقیم اور ہر قسم کے عضویوں سے مبرا ہوتے ہیں۔ 59
اس سے بظاہر یہ معلوم ہوتا ہے کہ لیکٹک ایسڈ (lactic acid) جراثیمی عمل کی امداد کے بغیر بھی پیدا ہو سکتا ہے، لیکن ایک بند مہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) اور کھلی مہبل کے حالات میں اس قدر تفاوت موجود ہے کہ ایک صورت سے حاصل شدہ نتائج کا اطلاق دوسری صورت پر نہیں کیا جا سکتا۔

(۲) بعض اوقات رحم زا عضویے جن میں ناہوابالش نبقات سبحیہ (anaerobic streptococci) (کول برک :Colebrook) بھی شامل ہوتے ہیں بظاہر تندرست عورتوں کے مہبلی افراز میں پائے جاتے ہیں۔ اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ گند پودوں (saprophytes) کی شکل میں موجود ہوتے ہیں، اور تلقیم کرنے پر حیوانوں میں سرائت نہیں پیدا کر سکتے۔

(۳) طبعی افرازِ مہبل غالباً ایک محافظ فعل سرانجام دیتا ہے۔ یہ نبقات (cocci) کی قسم کے رحم زا جراثیم کی، یا تو ان کو تباہ کرنے سے یا ان کی فعالیت پر امتناعی اثر ڈالنے سے مخالفت کرتا ہے۔ مہبلی عصیہ (vaginal bacillus) کے دریافت کنندہ نے اس کو افراز کا ایک فعال محافظ عامل تصور کیا تھا، اور اس کے ساتھ اس نے ایک جرثومہ کش قوت بھی منسوب کی تھی جو افراز کے ترشئی تعامل کے برقرار رہنے سے اثر انداز ہوتی ہے۔ اگر افراز میں عصیہ مذکور کی موجودگی کے بغیر لیکٹک ایسڈ (lactic acid) پیدا کیا جا سکے، تو اس نظریہ کی ترمیم ضروری ہوگی[1]۔

[1] آر۔ کرک شینک (R. Cruickshank) اور اے۔ شیرمین (A. Sharman) نے حال ہی میں بہت ہی ترشئی افراز مہبل (جس کا ایچ آئن (H-ion) ارتکاز P_H 4·2—4·7 تھا) اور مہبلی سرحلہ میں گلائیکوجن کی موجودگی کے باہمی تعلق کا مظاہرہ کیا ہے۔ ان کی یہ رائے ہے کہ اس کا دار و مدار شبق زا ہارمون (Oestrogenic hormone) کی رسد پر ہے، اور اس کے اختلافات کے ساتھ یہ بدلتا رہتا ہے۔ (*Jour. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1934, xli., No. 3,369.)

(۳) بعض خاص حالات کے تحت اور بالخصوص جبکہ کسی وجہ سے افراز قلوی ہو گیا ہو موجودہ گندپوری عضویوں کے تجدید تشبیت کا امکان پیدا ہو جاتا ہے، یا یہ بھی ممکن ہو جاتا ہے کہ باہر سے داخل شدہ عضویوں میں نمو اور تولید واقع ہو جائے اور وہ تناسلی خطہ کے بالائی حصہ تک بھی شاید پہنچ جائیں۔ حیض، وضع حمل، اور ابتدائے زمانۂ نفاس کے دوران میں تناسلی خطہ کے غیر معمولی طور پر سرایت زدہ ہونے کے امکان کی توجیہ اسی امر سے ہوتی ہے۔

جرثومیاتی نقطۂ نگاہ سے تناسلی قنال عملی طور پر دو حصوں پر منقسم کی جاسکتی ہے، ایک وہ حصہ جس میں جراثیم ہوتے ہیں، اور دوسرا وہ حصہ جو عقیم ہوتا ہے۔ قبل الذکر ("زیریں تناسلی خطہ") دہلیز (vestibule)، مہبل، اور عنقی قنال کے زیریں حصہ پر، اور موخر الذکر عنقی قنال کے بالائی حصہ، کہفۂ رحم، اور انبوبی درونوں (tubal lumina) پر مشتمل ہوتا ہے۔ بالائی حصہ کے عقیم حالت میں رہنے کی توجیہ مندرجہ ذیل امور سے ہوتی ہے:۔ (۱) عنقی قنال میں مخاط کی ایک ڈاٹ (plug) موجود ہوتی ہے جس میں البیومینائڈس (albuminoids) بہت کم مقدار میں موجود ہوتے ہیں، اس لئے وہ خرد عضویوں کے لئے غذا کا کام نہیں دے سکتا۔ (۲) فم داخل کے لبوں پر عنقی افراز میں جو کثیر التعداد سفید خلیات پائے جاتے ہیں وہ جراثیم کے لئے تباہ کن ثابت ہوتے ہیں۔

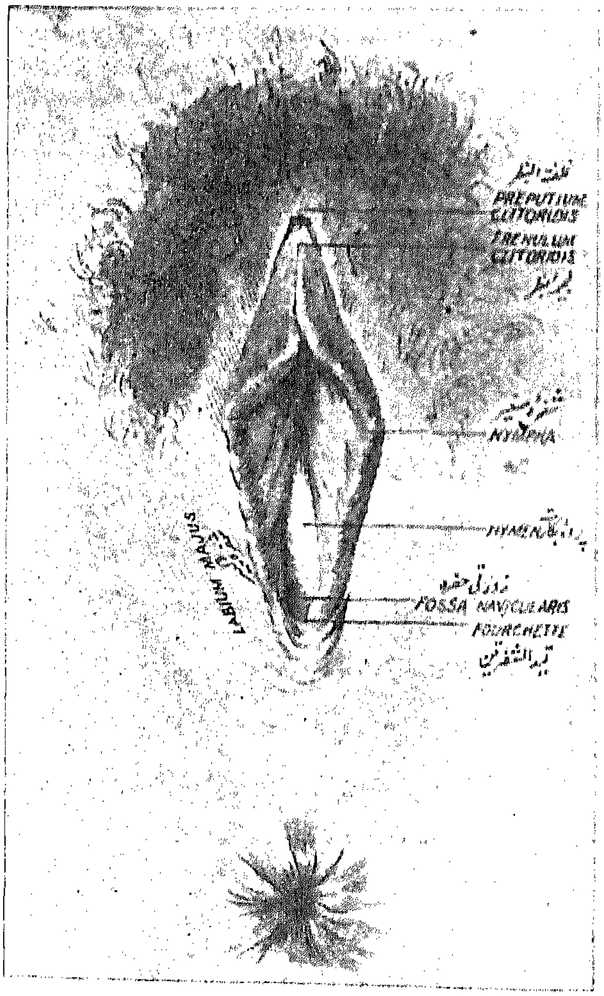
فرج

(THE VULVA)

فرج کے سلسلہ میں مندرجۂ ذیل حصوں کا ذکر کیا جاتا ہے:۔ جبل زہرہ (mons veneris)، شفرتین کبیر (labia majora)، شفرتین صغیر (labia minora)، بظر (clitoris) معہ غلفہ (prepuce)، دہلیز (vestibule) معہ منفذ بول (urinary meatus)، مہبلی دہنہ (ostium vaginæ)، پردۂ بکارت (hymen) اور عجانی جسم (perineal body)۔

شفرتین کبیر مقدم موخر شکن ہیں جو مخرج (cloaca) کے اطراف پر جلد کے دہراؤ سے پیدا ہوتے ہیں (صفحہ 79)۔ عانہ (pubes) سے پیچھے کی طرف جاکر یہ عجانی جسم کے اطراف پر بتدریج غائب ہو جاتے ہیں۔ مکمل طور پر نمو یافتہ ہونے کی حالت میں یہ زندگی کے بعض اس حصہ میں

دیکھنے میں آتے ہیں جو صنفی فعالیت سے متصف ہوتا ہے۔ اس زمانہ میں ان میں تحت جلدی چربی کی ایک
54 بہت بڑی مقدار موجود ہوتی ہے، اور وریدوں کا ایک کثیر العروق ضفیرہ پایا جاتا ہے۔ اس حالت میں



شکل ۴۱ ۔ فرج باکرہ۔(ایک عکسی تصویر ہے)۔

یہ موٹے شکنوں کی شکل کے ہوتے ہیں، اور وسطی خط میں ایک دوسرے سے متقرب ہوتے ہیں۔ اگلی طرف یہ جلد اور زیر جلدی چربی کی ایک گدی میں غائب ہوجاتے ہیں جو عانہ کے اوپر واقع ہوتی ہے، اور

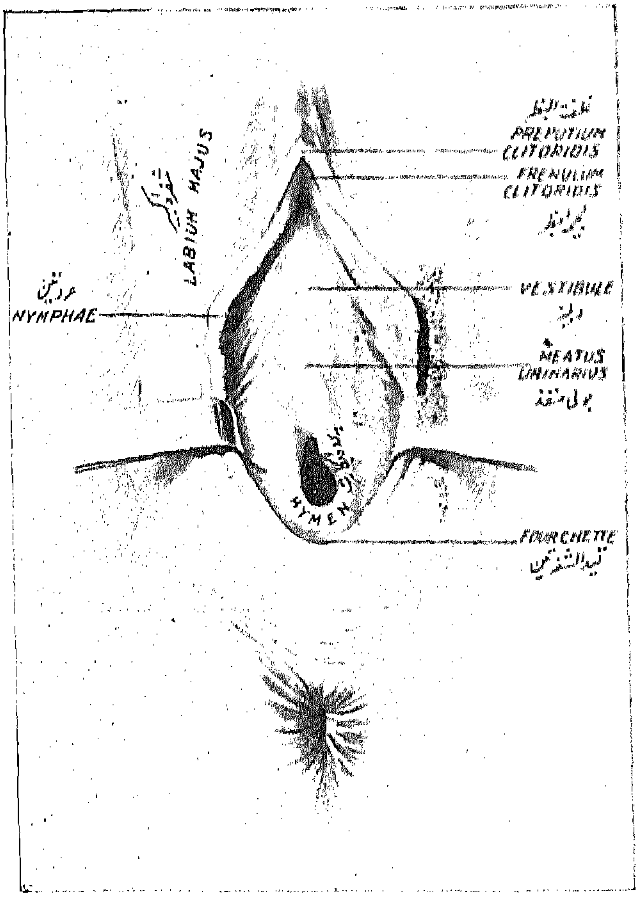
جبلِ زہرہ (mons veneris) کے نام سے موسوم ہے۔ شفرتین کی بیرونی سطح اور تمام جبلِ زہرہ پر بال ہوتے ہیں جو سنِ بلوغ پر پیدا ہوتے ہیں۔ سن یاس کے بعد یہ سفید ہو جاتے ہیں، اور ان کی تعداد کم ہو جاتی ہے۔ بڑھاپے میں یہ تقریباً بالکل غائب بھی ہو جاتے ہیں۔ مشعر رقبہ کی شکل عام طور پر مثلثی ہوتی ہے، اس کا قاعدہ ارتفاق (symphysis) سے نصف انچ اوپر اور زاویہ راس مجانی جسم پر ہوتا ہے۔ گندمی رنگ کی عورتوں میں بعض اوقات یہ بال شکم کی مقدم دیوار پر ایک تکونے رقبہ کی شکل میں تقریباً ناف تک چلے جاتے ہیں۔ ایسی حالت میں ان کی تقسیم مردانہ طرز کے مشابہ ہوتی ہے۔ اور ان میں اکثر مردانہ مشابہت کے اور نشانات بھی پائے جاتے ہیں (ایڈرینیلیت: adrenalism)۔

بچوں اور بوڑھی عورتوں میں شفرتین کبیر تحت جلدی چربی کے کم مقدار میں موجود ہونے کی وجہ سے پتلے ہوتے ہیں۔ اور ان میں سے شفرتین صغیر یا دہنۂ مہبل (ostium vaginæ) بھی نظر آ جاتا ہے۔ بالغ عورتوں میں رانوں کی ایک بڑی حد تک تبعید کرنے پر بھی شفرتین کبیر ایک دوسرے سے علیحدہ نہیں ہوتے۔ ان کی اندرونی سطحوں کی جلد باریک اور نرم ہوتی ہے، اور خالی آنکھ سے شکل میں غشائے مخاطی کی سی دکھائی دیتی ہے۔

شفرتین کبیر کی ساخت جسم کے عمومی پوست سے قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ ان میں مرکب، 55
عنب دش (acinous) دہنی (sebaceous) غدد بہت بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں جو غیر مشعر حصوں پر بھی بکثرت موجود ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات خالی آنکھ سے نظر آتے ہیں۔ علاوہ ازیں چند عرقی غدد بھی ہوتے ہیں مگر یہ ناقص النمو ہوتے ہیں۔ شفرتین کبیر مرد کے صفن کے متناظر ہیں۔ ہر ایک مستدیر رباط کا بعیدی سرا آگے کی طرف کو اربی قنال میں سے نکل کر متناظر شفرہ میں داخل ہو جاتا ہے، اور اس کی بافت شفرہ کی بافت سے متحد ہو جاتی ہے۔ گاہے گاہے باریطون کا ایک فتقی تھیلا (hernial sac) اربی قنال یا "قنالِ نک" (canal of Nuck) میں مستدیر رباط کے ہمراہ ہو جاتا ہے اور شفرہ تک پہنچ جاتا ہے۔

شفرتین صغیر (labia minora) یا عرفتین (nymphæ) نرم جلد کے پتلے شکنوں کا ایک جوڑا ہے جو شفرتین کبیر کے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ ان سے مہبل دہنہ کے جانبی اطراف طیار ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۴۱)۔ ان کا خاکہ ہلالی ہوتا ہے، اور پچھلی طرف یہ ایک مستعرض شکن، قید الشفرتین (fourchette) کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے ملے ہوتے ہیں۔ اگلی طرف ہر ایک شفرۂ صغیر دو شکنوں پر منقسم ہو جاتا ہے، جن کا اگلا جوڑا ملکر بظر (clitoris) کے سامنے کی طرف

گذرتا ہے جس سے اس کا غلفہ (preputium) بنتا ہے۔ اور پچھلا جوڑا ملکر بظر کی پچھلی طرف سے گذرتا ہے جس سے اس کا لجیمہ (frænulum) طیار ہوتا ہے۔ شفرتین صغیر پر بال نہیں ہوتے۔ اور گندمی عورتوں میں یہ اکثر اوقات بہت ملون ہوتے ہیں۔ بچوں میں شفرتین کبیر کے غیر نمو یافتہ ہونے کی وجہ سے

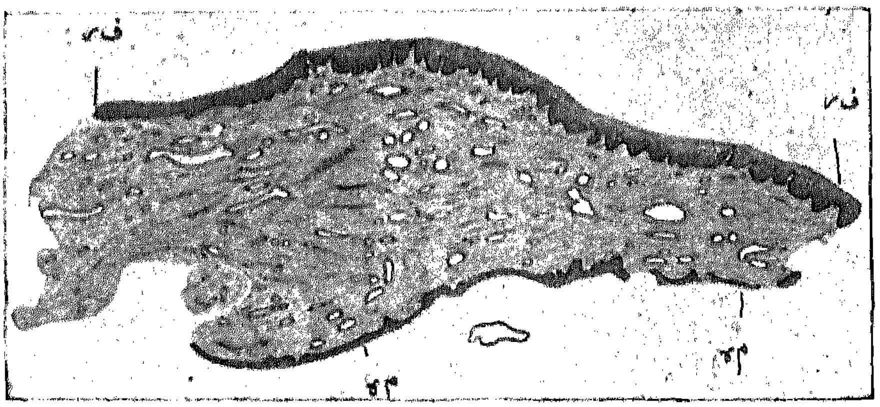


شکل ۴۳۔ فرج باکرہ شفرتین کو علیحدہ کرنے کے بعد۔

56 یہ بظاہر بڑے اور نمایاں معلوم ہوتے ہیں بعض نسلوں میں اور خاص کر ہوٹنٹاٹوں (Hottentots) میں شفرتین صغیر نہایت کبیر الجسامت ہوتے ہیں۔ ان کو مصنوعی ذرائع سے شائد ایسا بنا لیا جاتا ہے۔ بلحاظ ساخت یہ جلد ہی پر مشتمل ہوتے ہیں جس میں کثیر التعداد دہنی غدد پائے جاتے ہیں۔ یہ غدد

اکثر خالی آنکھ سے خفیف زرد اور کسی قدر مرتفع مدور رقعوں کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں۔

دہلیز (vestibule) جنینی بولی تناسلی جوف (urogenital sinus) (شکل ، صفحہ۔ 85) کا باقی ماندہ نشان ہے جو سن بلوغ میں موجود رہتا ہے۔ یہ ایک مثلثی رقبہ ہے جس کا زاویہ راس جس کا رخ اگلی طرف کو ہوتا ہے بظر سے بنتا ہے، اور طرفین شفرتین صغیر سے بنتے ہیں، اور قاعدہ دہنۂ مہبل (ostium vaginæ) کے مقدم کنارہ سے طیار ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۴)۔ بولی منفذ (urinary meatus) وسطانی مستوی میں اس کے قاعدہ کے نزدیک واقع ہوتا ہے۔ سطح سے دہلیز کی گہرائی کا انحصار شفرتین کی موٹائی اور ان کے ارتفاع پر ہوتا ہے جو اس کو ہمیشہ پوشیدہ



شکل ۴۴ پردۂ بکارت کی تراش کو ظاہر کرتی ہے۔ فرجی جانب پر طبقہ دار سرحلمہ کی ایک بخوبی نمو یافتہ تہ موجود ہے، اور مہبلی جانب پر یہ تہ بہت باریک ہے۔ ان دونوں سرحلمی سطحوں کے درمیان اتصالی بافت کا ایک دبیز طبقہ موجود ہے جس میں کثیر التعداد عروقِ خون اور اعصاب پائے جاتے ہیں۔ درنشا مندہ خاکہ پردۂ بکارت کی حقیقی دبازت کو ظاہر کرتا ہے۔ ف ۴، فرجی جانب۔ م ۴، مہبلی جانب۔

رکھتے ہیں۔ قاساطیر (catheter) گذارنے کے لئے اس رقبہ کو اچھی طرح سے معرا کر لینا چاہئے تاکہ یہ صاف نظر آسکے، اور ایسا کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ شفرتین کے اگلے حصوں کو علیحدہ کر دیا جائے۔ دہلیز کی بالائی سطح پر بہت سے چھوٹے چھوٹے مخاطی غدد کھلتے ہیں۔

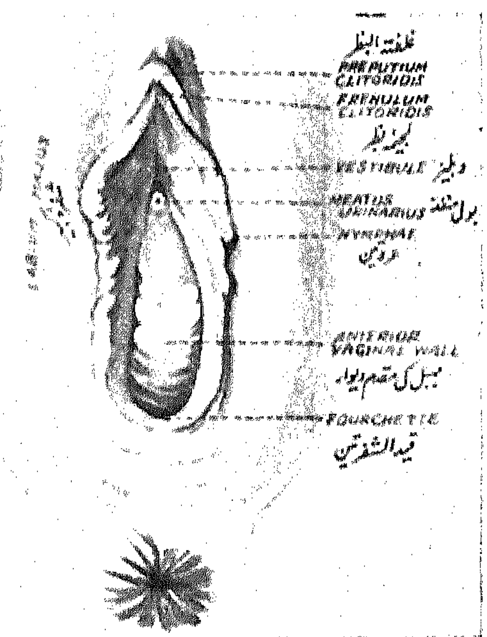
بظر (clitoris) قضیب کا ناقص النمو مماثل ہے۔ یہ ایک چھوٹی سی ساخت ہے جو حشفہ (glans)

اور ایک چھوٹے سے جسم (body) پر مشتمل ہوتی ہے جسم ساقین (crura) کے ذریعہ سے عانین سے چسپیدہ ہوتا ہے اور اسکا طول مختلف ہوتا ہے۔ شفرتین صغیر کے شکنوں سے ایک کلاہ (hood) طیار ہوتی ہے جو حشفہ کو ڈھانک دیتی ہے اور بعض اوقات اسے مکمل طور پر پوشیدہ کر دیتی ہے غلفۃ البظر (preputium clitoridis)۔ حشفہ انتصاب پذیر بافت سے مرکب ہوتا ہے جس میں حسی اعصاب کی رسد بکثرت موجود ہوتی ہے۔ خونی رسد اس کو بظری شریان کے ذریعہ پہنچتی ہے جو داخلی حیائی (internal pudic) کی ایک خاص شاخ ہے۔ اس عرق کی دریدگی سے بعض اوقات شدید نزف واقع ہوتا ہے۔ غلفہ کے نیچے بعض اوقات افراز جمع ہو جاتا ہے جس سے مقامی خراش پیدا ہو جاتی ہے، اور کبھی کبھی شکنوں کے کنارے ایک دوسرے سے چپک جاتے ہیں جس کی وجہ سے بظر کو معرا نہیں کیا جا سکتا۔

دہنۂ مہبل یا متوبج مہبل (ostium or introitus vaginæ) مہبلی قنال کا مدخل ہے۔ یہ مقترب شفرتین کی سطح سے گہرے گر اختلاف پذیر لیول پر واقع ہوتا ہے۔ باکرہ عورتوں میں دہنہ پردۂ بکارت سے جزوی طور پر مسدود ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۲)۔ کتخدا عورتوں میں پردۂ بکارت 57
دریدہ یا تنیدہ پایا جاتا ہے۔ اور دہنہ کو بآسانی منتشع کیا جا سکتا ہے۔ ان عورتوں میں جن کو وضع حمل کے دوران میں مقامی ضرر پہنچ چکا ہو دہنہ بڑا اور فراخ ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۴)۔ پردۂ بکارت کی اوسط دبازت ۱/۴ انچ ہوتی ہے، اور یہ مہبلی دہنہ کے موخر نصف یا دو تہائی حصہ سے چپکا ہوتا ہے۔ اس کا مقدم کنارہ جو دہنہ کی تنصیف کرتا ہے بالعموم آزاد اور ہلالی الشکل ہوتا ہے۔ تشریحی نقطۂ نظر سے یہ شفرتین کے تیسرے جوڑ کا قائم مقام ہے۔ اس کے آزاد کنارے کے سامنے ایک فضا ہوتی ہے جو مہبلی قنال کا مدخل ہے (دیکھو شکل ۴۲)۔ پردۂ بکارت کے موخر کنارے اور رتیدالشفرتین (fourchette) کے درمیان ایک چھوٹا سا رقبہ ہوتا ہے جو شفرتین صغیر کے ایک دوسرے سے علیحدہ کرنے پر انھلے بیضوی نشیب کی شکل کا دکھائی دیتا ہے۔ یہ نشیب زورقی حفرہ (fossa navicularis) کے نام سے موسوم ہے۔ صاحب ولادت عورتوں میں یہ حفرہ نظر نہیں آتا کیونکہ یہ خفیف سی نفاسی دریدگیوں سے بھی تباہ ہو جاتا ہے۔

بلحاظ ساخت پردۂ بکارت اتصالی بافت سے مرکب ہوتا ہے جو نیم بالیدہ نمو یافتہ مگر بہت کثیر العروق ہوتی ہے۔ اس کی مہبلی اور فرجی دونوں سطحیں طبقہ دار قشری سرحلیہ سے پوشیدہ ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۴۳)۔ پردۂ بکارت کی شکل اور اسکے صفات بہت اختلاف پذیر ہیں۔ بعض اوقات یہ مہبلی دہنہ (ostium vaginæ) کے تمام حاشیہ سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اس صورت میں اس میں یا تو

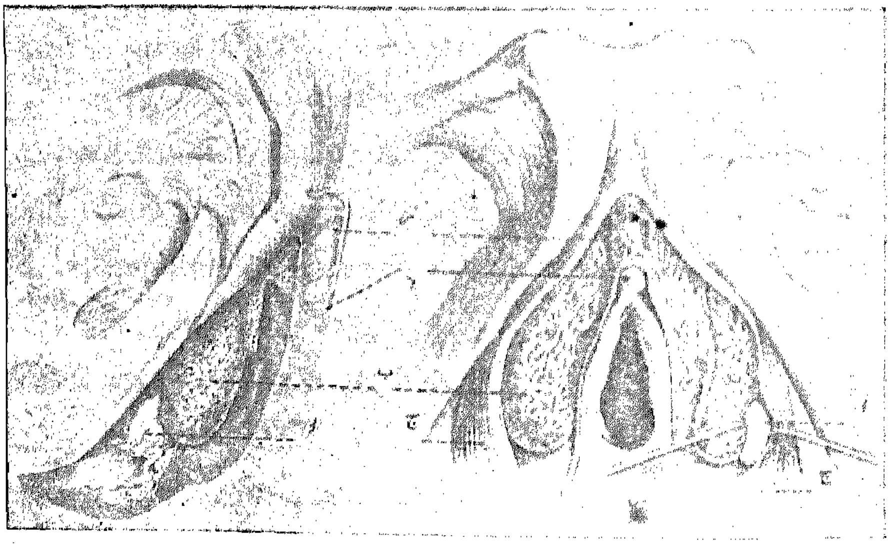
ایک مرکزی روزن ہوتا ہے، اور یا دو جانبی سوراخ ہوتے ہیں جو ایک دوسرے سے غشا کے ایک مقدم موخر شکن سے علیحدہ ہوتے ہیں، اور یا کئی ایک چھوٹے چھوٹے فتحات موجود ہوتے ہیں جو اس پر بے قاعدہ طور پر منقسم ہوتے ہیں۔ ایسا پردہ غربالین (cribriform) پردۂ بکارت کے نام سے موسوم ہے۔ بعض اوقات اس میں قطعاً کوئی روزن نہیں ہوتا، اور مہبل اس لئے نیچے کی طرف سے مکمل طور پر بند ہوتی ہے۔ ایسے پردہ کو غیر مثقب (imperforate) پردۂ بکارت کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔



شکل ۴۴۔ متعدد الولادت عورت کی فرج (ایک عکسی تصویر سے)۔ مہبل کی مقدم دیوار سقوط یافتہ ہے (قیلہ مثانیہ)۔

(دیکھو صحفہ، صفحہ 155)۔ پردۂ بکارت کی مضبوطی اور اتساع پذیری مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ اتنا لچکدار ہوتا ہے کہ دوران مجامعت میں یہ بغیر دریدگی کے تنیدہ ہو جاتا ہے، اور بعض اوقات یہ اس قدر مزاحم ہوتا ہے کہ تکمیل مجامعت سے پہلے اس کو دور کرنا ضروری ہوتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ صحیح و سالم پردۂ بکارت کا وجود بکارت کا طبی قانونی ثبوت نہیں۔ ہم (آر۔ ڈبلیو (R. W: نے ایک ایسی مریضہ دیکھی ہے جو باوجود اس امر کے کہ پردۂ بکارت میں سوئی کی نوک کے برابر روزن تھا

58 حاملہ تھی۔ اور نشریحی نقطۂ نظر سے استقرار حمل ناممکن معلوم ہوتا تھا۔ کینونی (Kanony) نے حمل کے ایسے تینتالیس واقعات جمع کئے ہیں جن میں پردۂ بکارت صحیح وسالم تھا، اور وی آنا کے ہیبرڈا (Haberda) نے یہ بیان کیا ہے کہ وہ ازالۂ بکارت کے طبی قانونی واقعات میں سے صرف تقریباً ۵۰ فیصدی میں یقینی طور پر تشخیص کرسکا۔ کثیرالاولاد عورتوں میں پردۂ بکارت تجاویف (sulci) کے ذریعہ سے بالعموم تین یا چار حصوں میں منقسم پایا جاتا ہے جو سکڑ کر چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں کی شکل میں تبدیل ہوجاتے ہیں۔



شکل ۴۵۔ بارتھولین کے غدہ اور خارجی اعضا کی انتصاب پذیر ساختوں کا جانبی اور مقدم منظر۔ ا۔ بارتھولین کا غدہ۔ ب۔ بصلۂ دہلیز۔ ج۔ عضلۂ عاصرۂ مہبل۔ د۔ حشفۃ البظر۔ ھ۔ بظر کا جسم۔ (موریس کے مطابق۔)

صاحب ولادت عورتوں میں ان ٹکڑوں کی جسامت میں مزید تخفیف ہوجاتی ہے، اور یہ چھوٹے چھوٹے بے ڈنڈی کے درتوں کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں جن میں سے کئی ایک دہنہ کے اردگرد پائے جاتے ہیں۔ یہ لحیمات آسیہ (caruncula myrtiformes) کے نام سے موسوم ہیں۔

ایسے چند عضلات ہیں جو دہنۂ مہبل سے علاقہ رکھتے ہیں اور اس کے لئے ایک قسم کے عضلۂ عاصرہ کا کام دیتے ہیں۔ یہ عضلات رافع مبرز (levator ani) کے عانی ریشے، اور سطحی عجانی

عضلات ہیں۔ ان عضلات کے اختیاری فعل سے دہنہ کو تنگ کیا جا سکتا ہے۔ معکوس خراش کی وجہ سے ان میں تشنجی انقباض پیدا ہو سکتا ہے جس سے ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو سریری طور پر تشنج المہبل (vaginismus) (دیکھو صفحہ 199) کے نام سے موسوم ہے۔

بارتھولینی غدد (Bartholin's Glands)۔ بارتھولینی غدد چھوٹی چھوٹی بیضوی ساختوں کا ایک جوڑا ہیں جن کا قطر تقریباً نصف انچ ہوتا ہے۔ یہ غدد مہبل کے زیریں سرے کے اطراف پر اور ہر ایک دہلیزی بصلہ (vestibular bulb) کے پچھلے سرے پر کی سطحی عجانی ردا کے نیچے واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۵۴)۔ یہ مرد کے کوپری غدد (Cowper's glands) کے مماثل ہیں۔

طبعی حالات کے تحت بارتھولینی غدہ محسوس نہیں کیا جا سکتا، لیکن جب یہ التہاب مزمن سے متصلب اور کلانی یافتہ ہو جاتا ہے، جیسا کہ اکثر اوقات سوزاک میں ہوتا ہے، تو انگوٹھے کو باہر کی طرف رکھ کر اور انگلی کو اندر گذار کر فرج کے اطراف پر چٹکی بھرنے سے اس کا جس کیا جا سکتا ہے۔ یہ غدہ عظم ورکی (ischium) کی صعودی فرع (ascending ramus) کے نزدیک گہرا واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۴)۔ اور یہاں یہ محسوس کرنے پر ایک چھوٹے سے سخت اور حرکت پذیر جسم کی مانند معلوم ہوتا ہے۔ ہر ایک غدہ کی ایک ہی تنگ اور طویل قنات ہوتی ہے (دیکھو شکل ۴۶) جو پردۂ بکارت 59
کے قاعدہ کی جانب پر کھلتی ہے۔ تندرست قنات کا منہ شفاف افراز کے ایک چھوٹے سے قطرہ کی موجودگی سے اکثر شناخت کیا جا سکتا ہے، ورنہ یہ اس قدر نامعلوم ہوتا ہے کہ جب تک یہ التہاب سے سرخ نہ ہو گیا ہو نظر نہیں آتا۔

غدہ خود ایک مرکب عنقودی ساخت ہوتا ہے جو ایک لیفی کیسہ سے محصور ہوتی ہے جس سے خوب نمو یافتہ لیفی بافت کے فواصل نکلتے ہیں (دیکھو شکل ۵۴)۔ سادہ اور مرکب دونوں قسم کے انبیبات موجود ہوتے ہیں۔ سرحلمہ ستونی ہوتا ہے، اور نوات خلیوں کے قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں اور اچھی طرح سے توشیہ پاتے ہیں۔ غشائے قاعدی خوب نمو یافتہ ہوتی ہے۔ کئی ایک انبیبات میں سرحلمہ کی ایک سے زیادہ تہیں ہوتی ہیں، لیکن اکثر میں خلیوں کی ایک ہی تہ موجود ہوتی ہے۔ خلیہ مایہ بہت دانہ دار ہوتا ہے، لیکن اس کی تلوین گہری نہیں ہوتی۔ انبیبات کے درمیان بہت سی چھوٹی چھوٹی مستقبل قناتیں (collecting ducts) دیکھنے میں آتی ہیں۔ ان کا استر قصیر القامت مکعبی قسم کے سرحلمہ کی کئی ایک تہوں سے بنا ہوتا ہے۔ بارتھولینی غدہ کی تراشِ عمومی وضع قطع میں غدہ ریقیہ کے مشابہ ہوتی ہے۔

بڑی بڑی قناتوں کا سرحلمہ مختلف اقسام کا ہوتا ہے۔ گہرے حصوں میں یہ خوب نمو یافتہ

ستونی خلیوں کی ایک مجرد تہ پر مشتمل ہوتا ہے، اور زیادہ سطحی حصوں میں یہ طبقہ دار اور برزخی قسم کا ہوتا ہے جو بولی گذرگاہوں کے سرحلہ کے امتیازی صفات ہیں۔ بعض اوقات ایک قسم کے سرحلہ کی تبدیلی دوسری قسم کے سرحلہ میں دفعتہً ہوجاتی ہے۔ کبھی کبھی چند ایک مرکب عنقودی غدد جن میں جام نما خلیے (goblet cells) بکثرت موجود ہوتے ہیں تنات کے زیادہ گہرے حصوں میں کھلتے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ بلاشبہ مخاط پیدا کرتے ہیں۔

بارتھولینی غدہ کا افراز صاف اور رقیق مخاط ہوتا ہے جس کا تعامل قلوی ہوتا ہے۔ اور اسکا فعل غالبًا فرج کی محض تدہین ہی ہے۔

عجانی جسم (perineal body) بافت کا ایک تودہ ہے جو فرج اور مہبل کے حصۂ زیرین کو مبرزی قنال اور معائے مستقیم سے علیحدہ کرتا ہے، اور اس فضا کو پر کرتا ہے جو غذائی اور تناسلی قنالوں کے زیرین سروں کے انفراج سے باقی رہ جاتی ہے (دیکھو شکل ۱ و ۲)۔ یہ جسم بولی مستقیمی فاصل (urorectal septum) کے حصۂ زیرین کا قائم مقام ہے جو مخرج (cloaca) کو مقدم (تناسلی بولی) اور موخر (معوی) قطعوں میں تقسیم کرتا ہے (دیکھو شکل ۷، ۶، صفحہ 83)۔ اس کی شکل ہرمی ہوتی ہے، اس کا قاعدہ جلد کی سطح سے بنتا ہے، اور زاویہ راس اوپر کی طرف اس نقطہ تک چلا جاتا ہے جہاں مستقیمی اور مہبلی قنالیں ایک دوسرے سے متقرب ہوتی ہیں۔ یہ نقطہ مبرز سے تقریبًا ۱½ انچ اوپر ہوتا ہے۔ یہ جسم عضلی، لیفی، اور شحمی بافتوں سے مرکب ہوتا ہے، اور اس کا قاعدہ جلد سے ڈھکا ہوتا ہے۔ اس کی اگلی دیوار مہبل سے اور پچھلی دیوار معائے مستقیم سے بنتی ہے۔ اس کے علی حالہ ہونے کی صورت میں مبرز سے لیکر قید الشفرتین (fourchette) تک سطح جلد کا اوسط طول ۱½ انچ ہوتا ہے۔

مبال

(THE URETHRA)

عورت میں مبال ایک چھوٹی سی قنال ہوتی ہے جو ۱½ انچ لمبی ہوتی ہے۔ یہ منفذ اور عنق مثانہ پر کسی قدر مضیق ہوتا ہے، اور تقریبًا دو کی الشکل ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱)۔ اس کا عمومی رخ نیچے کی اور آگے کی طرف کو ہوتا ہے، اور یہ کسی قدر آگے کی طرف کو خمیدہ ہوتا ہے۔ اس کا زیرین دو تہائی حصہ مہبل کی مقدم دیوار سے قریبی علاقہ رکھتا ہے، گویا بافت کا ایک ہی دبیز طبقہ مبال کے

60 مدرونہ کو مہبل کے دروںہ سے علیحدہ کرتا ہے ۔ ان کے بالائی ایک تہائی حصوں کے درمیان خلوی بافت



شکل ۴۶ ۔ ا ۔ بارتھولینی غدہ ۔ ب ۔ بارتھولینی قنات ۔ ج ۔ فرج کی شحمی بافت ۔
د ۔ داخلی حیائی شریان کی شاخیں جو مرد کی اسی شریان کی متناظر ہیں جو بصلہ کو جاتی ہے ۔
م ۔ درنشاندہ خاکہ جو خردبینی شریحہ کی حقیقی جسامت کو ظاہر کرتا ہے ۔

کی ایک ڈھیلی ڈھالی تہ حائل ہوتی ہے جس کی وجہ سے یہ دونوں بذریعہ کند تقطیع ایک دوسرے سے بآسانی علیحدہ کئے جا سکتے ہیں۔ مبال بلحاظ ساخت عضلی، تحت مخاطی، اور مخاطی طبقوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ عضلی طبقہ سادہ عضلہ پر مشتمل ہوتا ہے جو دو نہوں میں مرتب ہوتا ہے، جن میں سے بیرونی تہ مدور اور اندرونی طولی ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں بعض ماہرین تشریح کے نزدیک مخطط عضلہ کی ایک خارجی تہ بھی موجود ہوتی ہے جو عجان کے عضلات عاصرہ سے مشتق ہوتی ہے۔ اس سے مبالی عاصرہ (urethral sphincter) بنتا ہے۔ یہ مثانہ کی گردن پر نہایت نمایاں ہوتی ہے جہاں اس کا اصلی عاصری فعل بروئے کار آتا ہے۔ یہ امر ان جراحی طریقہ ہائے کار میں کسی قدر اہمیت رکھتا ہے جن میں مبال کو کھینچا جائے یا اس میں شگاف دیا جائے۔ تحت مخاطیہ نہایت کثیر العروق انضالی بافت پر مشتمل ہوتا ہے 61



شکل ۷، ۴ - بارتھولین کے غدہ میں سے منعرض تراش جو ستونی سرحلہ سے استر شدہ لیبیات کو ظاہر کرتی ہے۔ تفریع یا منقودی ترتیب تراش میں دکھائی دیتی ہے۔ قنات کی شاخوں کا استر قصیر القامت مکعبی سرحلہ سے بنا ہے جو قنات کی ابتدا کے قریب قشری ہو جاتا ہے۔

جس میں لچکدار ریشوں کی نسبتاً ایک بڑی مقدار موجود ہوتی ہے۔ اس میں مبالی غدد کے گہرے حصے بھی واقع ہوتے ہیں۔ غشائے مخاطی میں کئی ایک طولی شکن پائے جاتے ہیں، اور یہ طبقہ دار سر طلمہ پر مشتمل ہوتی ہے جو براہِ راست تحت مخاطیہ پر متشکل ہوتا ہے۔ سطحی خلیے مبالی قنال کی انتہاؤں کے نزدیک قشری ہوتے ہیں، اور اس کے وسط میں ستونی۔ گہرے خلیے شروع سے لیکر اخیر تک مکعبی ہوتے ہیں، اور سطح سے زاویہ قائمہ پر مترتب ہوتے ہیں۔ مبال میں کثیر التعداد غدد پائے جاتے ہیں۔ یہ مبال کے گرد پائے جاتے ہیں (گرد مبالی : peri-urethral)، اور منفذ کے قرب و جوار میں ان کی تعداد سب سے زیادہ ہوتی ہے۔ ان میں سے اکثر مرکب عنقودی غدد ہوتے ہیں جو ایک مجرد قنات کے ذریعہ سے مبالی مخاطیہ پر کھلتے ہیں۔ ان کے گہرے حصوں کا استر ستونی سرطلمہ کا ہوتا ہے۔ منفذ کے نزدیک قناتیں اکثر اوقات متسع ہوتی ہیں، اور ان سے مرئی طاقچے (crypts) بن جاتے ہیں۔ ان غدد کا ایک خاص طور پر نمو یافتہ جوڑا جو مبال کے فرش پر فتحہ کے عین اندر کھلتے ہیں سکینی کے انبیبات (Skene's tubules) کے نام سے موسوم ہے۔ بلحاظ تشکلیات گرد مبالی غدد (peri-urethral glands) مرد کے غدہ قدامیہ (prostate) کے مماثل ہیں۔

مبال کا ایک اہم امتیازی خاصہ اس کی اتساع پذیری ہے، اور یہ خاصہ زیادہ تر اسکی دیواروں میں بہت سی لیفی بافت اور مخاطیہ میں طولی شکنوں کے موجود ہونے کے باعث پایا جاتا ہے، جو دوران اتساع میں منطمس ہو کر غشا کی خارجی سطح کو وسیع کر دیتے ہیں۔ جس حد تک مبال بغیر دریدگی کے متسع کیا جا سکتا ہے اس کے مختلف اندازے کئے گئے ہیں۔ یہ حد ۱۰ تا ۳۰ ملی میٹر (تقریباً $\frac{1}{2}$ تا ۱ اِنچ) ہے۔

مثانہ

62

(THE BLADDER)

مثانہ کے دائمی انقباض اور انبساط کی وجہ سے اس کی وضع اور اس کے تعلقات میں مسلسل تغیر نمودار ہوتا رہتا ہے۔ جنین اور چھوٹے بچوں میں یہ بالکل ایک شکلی عضو ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۸) اور اس کی شکل نکلے کی سی ہوتی ہے، اور یہ اوپر کی طرف گاؤدم ہوتا ہوا مریطا (urachus) سے مل جاتا ہے، اور نیچے کی طرف اسی طرح مبال سے جا ملتا ہے۔ جوانوں میں خالی ہونے کی حالت میں یہ بالکل ایک حوضی عضو ہوتا ہے۔ طبعی حدود کے اندر اندر متمدد ہونے کی

صورت میں یہ بالخصوص مقدم موخر اور مستعرض سمتوں میں پھیلتا ہے، اور رحم کو پیچھے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے، اور حوضی کہفہ کے بالائی حصہ کو پُر کر دیتا ہے (دیکھو شکل ۴)۔ حد سے زیادہ متمدد ہونے پر یہ شکمی کہفہ میں پہنچ جاتا ہے، اور انتہائی حالتوں میں یہ ایک ورم کی شکل اختیار کر لیتا ہے جس کا جس شکم پر سے ناف کے لیول تک کیا جا سکتا ہے۔ مثانہ کی اوسط سیالی گنجائش جس کا جی۔ ایل۔ ہنا (G. L. Hanna) نے پچیس طبعی افراد سے اندازہ کیا ہے ۴۳۰ مکعب سمر (تقریباً ۱۴ اونس) ہے۔ داخلی مبالی دہنہ (internal urethral orifice) حوض کی گگر کے لیول سے تقریباً $1\frac{1}{2}$ انچ نیچے واقع ہوتا ہے۔

شکل ۱ میں خالی مثانہ علی محلہ دکھایا گیا ہے۔ یہ رحم اور ارتفاق عانہ (symphysis pubis) کے درمیان واقع ہے۔ اوپر کی طرف سے یہ باریطون کے اس حصہ سے پوشیدہ ہے جس سے رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کا فرش بنتا ہے۔ جب جسم رحم پیش گردیدہ ہوتا ہے تو مثانہ پر پڑا ہوتا ہے۔ شکل ۲ میں جو مثانہ دکھایا گیا ہے اس میں ابھی تمدد شروع ہوا ہے۔ رحمی مثانی جیب کا لیول اونچا ہو گیا ہے، اور مثانہ کے مستعرض بُعد میں جو اضافہ واقع ہوا ہے وہ اس سے بھی زیادہ نمایاں ہے۔

صرف قاعدہ ہی مثانہ کا وہ حصہ ہے جس کی چسپیدگیاں مضبوط ہیں، حوضی لِدا (pelvic fascia) اس کے تمام رقبہ کو سہارا دیتی ہے، اور جانبین پر رافع مبرز (levator ani) عضلات کے عانی حصے (عانی عصعصی عضلہ : pubo-coccygeus) بھی اس کو سہارا دیتے ہیں۔ مثانہ کے قاعدہ پر کوئی باریطونی غلاف نہیں ہوتا، لیکن مثانہ کے خالی ہونے کی صورت میں باریطون اس کے اطراف اور اس کے اوپر کے حصہ کو مکمل طور پر مستور کرتا ہے۔ مثانہ کا قاعدہ اگلی طرف عانہ (pubis) کی پشت سے، نیچے کی طرف مہبل کی اگلی دیوار سے، اور پیچھے کی طرف عنق اور جسم رحم کے مقام اتصال کے نزدیک اگلی رحمی دیوار سے علاقہ رکھتا ہے۔ ان محلات پر ڈھیلی ڈھالی خلوی بافت کے مستوی پائے جاتے ہیں جن کی وجہ سے دوران عملیہ میں مثانہ کا قاعدہ ہم پہلو اعضا سے بآسانی علیحدہ کیا جا سکتا ہے۔ مثانہ کے اس حصہ کے تعلقات پر اس کے انقباض و انبساط کا کچھ اثر نہیں ہوتا۔ وضع حمل سے پیدا شدہ تضرر یا حوض کے فرش کی تمدیدگی کی وجہ سے مثانہ عانی عنقی عضلات (pubo-cervicalis muscles) کے ریشوں اور رافع مبرز (levator ani) کے جانبی بنڈلوں کے درمیان سے بعض اوقات مستقوط یا مفتوق ہو جاتا ہے، اور مہبل کی مقدم دیوار کو اپنے آگے دھکیل دیتا ہے

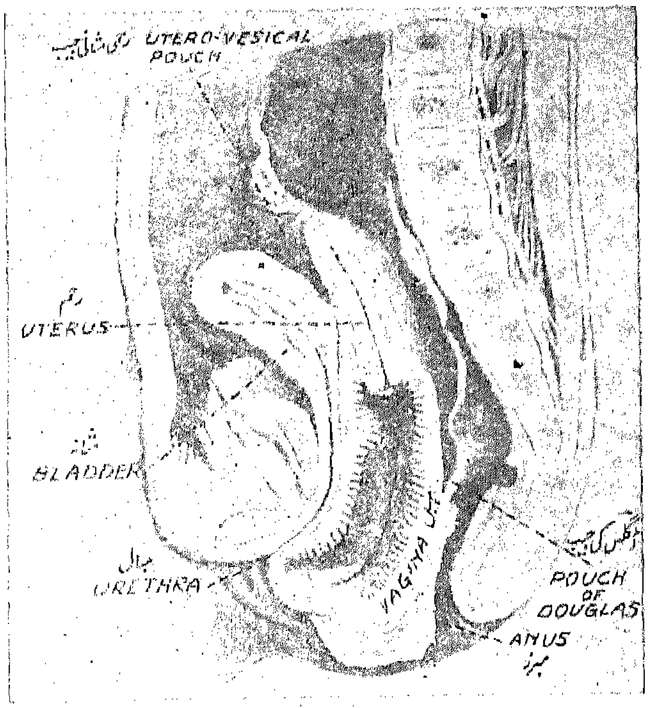
(مثانی قیلہ ؛ cystocele) (دیکھو صفحہ 611, 612)۔

مثانہ کی چوٹی اور اس کی جانبوں کے تعلقات بلحاظ تمدد مثانہ متغیر ہوتے رہتے ہیں۔ باریطون کے جانبی انعکاسات معتدبہ حد تک مرتفع ہو جاتے ہیں جس سے مثانہ کی ہر ایک جانب کا کچھ حصہ باریطون سے مبرا ہو جاتا ہے۔ باریطونی انعکاسات پچھلی اور اگلی طرف بہت زیادہ محکم ہوتے ہیں اس لئے آگے کی طرف مثانہ اور شکمی دیوار کے درمیان اور پچھلی طرف مثانہ اور رحم کے درمیان ایک ایک باریطونی جیب برقرار رہتی ہے۔ مقدم باریطونی انعکاس اور دیوار شکم اور ارتفاق (symphysis) کے درمیان ایک فضا ہوتی ہے جو ڈھیلی ڈھالی خلوی بافت سے پُر ہوتی ہے۔ یہ بافت عنق کی حاصر خلوی بافت سے اور حوض کی عمومی خلوی بافت سے مسلسل ہوتی ہے۔ اس فضا کا نام ریٹزیئس کا کہفہ (cavum Retzii) ہے۔ انتہائی تمدد کی حالت میں مقدم انعکاس کا طول شکمی دیوار سے ۲ انچ اوپر اٹھ جاتا ہے، لیکن اس تک باریطون کا رحم پر سے اتر جانا ناممکن ہے۔ جملہ حالات میں مہبل کی مقدم دیوار کے بالائی نصف میں سے گذر کر مثانہ کے قاعدہ تک رسائی حاصل کی جا سکتی ہے۔

مثانہ کی دیوار استر، سخت مخاطی، اور عضلی طبقوں پر مشتمل ہوتی ہے، اور یہ تینوں بآسانی 63
تمدد پذیر ہوتے ہیں۔

جب مثانہ خالی ہوتا ہے تو اس کی استری غشا میں بہت سی سلوٹیں اور شکن پائے جاتے ہیں۔ اور جب یہ متمدد ہوتا ہے تو بھی یہ نیچے کے عضلی ریشوں کی ستونی ترتیب کے باعث شکن دار معلوم ہوتا ہے۔ بہرکیف مثانہ کے قاعدہ کا ایک حصہ انقباض اور انبساط میں ہموار رہتا ہے، اس کی شکل مثلثی ہوتی ہے، آگے کی طرف یہ مبالی روزن (urethral aperture) اور پیچھے کی طرف یہ حالبی روزنوں (ureteric apertures) سے محدود ہوتا ہے۔ یہ حصہ مثلث (trigone) کے نام سے موسوم ہے۔ داخلی مبالی فتحہ سے ایک تشیب بن جاتا ہے جس کے ارد گرد غشائے مخاطی کا ایک حلقہ ہوتا ہے جس کو متشعع شکن عبور کرتے ہیں۔ حالبی روزن تنگ اور ترچھی مصراعی جھریوں کی شکل کے ہوتے ہیں جن کا رخ پیچھے سے آگے کی طرف کو اور خط وسطی کی طرف ہوتا ہے۔ ہر ایک روزن ایک چھوٹے سے حلیمہ (papilla) کی چوٹی پر واقع ہوتا ہے جو کہفہ میں ابھرا ہوتا ہے۔ ان کے درمیان سے غشائے مخاطی کا ایک تنگ سا حید (ridge) گذرتا ہے جو میان حالبینی شکن (inter-ureteric fold) کہلاتا ہے۔ مثلث (trigone) کے ہر دو اطراف پر ایک ایک انفلی جیب

ہوتی ہے جو نزد مثلثی حفرہ (paratrigonal fossa) کے نام سے موسوم ہے۔ مثانہ کے قاعدہ کا وہ حصہ جو مبال کا مبدا ہے بعض اوقات عنق مثانہ (neck of the bladder) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔



شکل ۴۳۔ سات سے ۸ ماہ تک کے جنین کے حوض کی سہمی تراش (چیرنگ کراس ہاسپیٹل میوزیم)۔ رحم اور مثانہ دونوں حوض کی گر سے اوپر تک چلے جاتے ہیں۔ عنقِ رحم کا طول جسم رحم کے برابر ہے۔ مہبل کے شکن بہت نمایاں ہیں۔

مثانہ کا سرحلہ برزخی (transitional) قسم کا ہوتا ہے، اور اس میں غدد نہیں ہوتے۔ تحت مخاطی اور انضالی بافتیں بکثرت موجود ہوتی ہیں، مگر یہ مثلث پر نہیں ہوتیں جہاں مخاطیہ عضلی تہ کے
64 ساتھ مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ مثانی عضلہ تین تہوں میں مترتب ہوتا ہے۔ بیرونی طولی، اندرونی مدور، اور وسطی مشبک۔

مثانہ کی دیوار بہت کثیر العروق ہوتی ہے' اور اس کے کٹ جانے یا پھٹنے پر اس سے خون بکثرت جاری ہو جاتا ہے۔ مثانہ کی رسد خون فوقانی اور تحتانی مثانی شریانوں (vesical arteries) سے آتی ہے جو داخلی حرقفی (internal iliac) کی شاخیں ہیں۔ وریدی خون واپس جانے سے پیشتر ضفیرہ میں جمع ہو جاتا ہے۔ تحتانی مثانی ضفیرہ (inferior vesical plexus) جو مثانہ کے قاعدہ کے ساتھ تعلق رکھتا ہے بہت بڑا ہوتا ہے' اور مثانہ کے اس حصہ پر عملیات کرنے کے دوران میں اس سے وریدی نزف بکثرت واقع ہوتا ہے۔

حالب
(THE URETER)

عورت میں حالب (ureter) کی لمبائی اس مقام سے لیکر جہاں سے یہ گلوی حوض سے نکلتا ہے اس مقام تک جہاں یہ مثانہ میں داخل ہوتا ہے تقریباً ۱۲ انچ ہوتی ہے۔ اپنے ممر کے پہلے حصہ میں یہ عضلۂ قطنیہ (psoas muscle) پر واقع ہوتا ہے' اور باریطون کے پیچھے سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو گذر کر حوض کی لگر تک پہنچ جاتا ہے۔ دائیں حالب کی وسطانی جانب تحتانی ورید اجوف (inferior vena cava) سے تعلق رکھتی ہے' اور بائیں کی نزولی اورطہ سے۔ ہر ایک حالب پہلے اپنی متناظر مبیضی شریان کی باہر کی جانب واقع ہوتا ہے' مگر بعد میں یہ اس کو عبور کر جاتی ہے۔ حوض کی لگر پر یہ حالب یا تو مشترک حرقفی عروق کو عبور کرتا ہے' یا خارجی حرقفی عروق کو' (بالعموم یہ قبل الذکر ہی کو عبور کرتا ہے)' اور نیچے کی طرف جاکر ورکی شوکہ (ischial spine) سے نصف انچ اوپر تک پہنچ جاتا ہے۔ ممر کے اس حصہ میں یہ مبیضی حفرہ (fossa ovarica) سے وسطانی تعلق رکھتا ہے' اور داخلی حرقفی شریان (internal iliac artery) کو عبور کرتا ہے۔ لہٰذا جب مبیض اپنے مناسب تشریحی مقام پر ہوتا ہے تو حالبی قنال اس سے خارجی علاقہ رکھتی ہے۔ اس کے بعد یہ حوض کی موخر جانبی دیوار پر باریطون کے پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی اور اندر کی طرف کو سفر کرتا ہوا متناظر رباط عریض کے قاعدہ تک پہنچ جاتا ہے۔ یہاں اس کو رحمی شریان عبور کرتی ہے' اور یہ اس شریان کو رحمی وریدوں کے ضفیرہ سے علیحدہ کر دیتا ہے۔ اب اس کا رخ آگے کی طرف کو مثانہ کے قاعدہ کی طرف ہوتا ہے' اور عنق رحم سے یہ $\frac{3}{4}$ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اپنے ممر کے اس حصہ میں ہر ایک حالب ایک لیفی قنال میں واقع ہوتا ہے جو حوضی ردا کے اتصالی بافتی عناصر کے تقسیم ہو جانے سے بنتی ہے۔ یہاں یہ وسطی

مثانی شریان (middle vesical artery) سے تعلق رکھتا ہے، اور اکثر ایس (S) کی شکل کا ایک خم بناتا ہے جس کا انحداب اوپر کی طرف ہوتا ہے۔ اور پھر یہ آگے کی اور اندر کی طرف کو جاکر مثلث پر مثانہ کی دیوار میں سے ترچھے رخ میں گذر جاتا ہے۔

جہاں حالبین مثانہ میں داخل ہوتے ہیں وہاں ان کے درمیان ۱½ تا ۲ انچ کا فاصلہ ہوتا ہے اور یہ مہبل کی محراب سے ایک قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ یہ امر واقعہ ہے کہ جب حالب کا یہ حصہ التہاب سے دبازت یافتہ ہوجائے، یا اس میں حصات موجود ہوں تو براستہ مہبل اس کا تجس بآسانی کیا جاسکتا ہے۔ یہ پہلے کہا جاچکا ہے کہ بایاں حالب دائیں کی نسبت مہبل سے زیادہ قریب ہوتا ہے۔ بلحاظ ساخت حالب عضلی، زیر مخاطی اور سرحلی طبقات پر مشتمل ہوتا ہے۔ عضلی ریشے تین تہوں میں مرتب ہوتے ہیں، بیرونی طولی، وسطی مدور، اور اندرونی طولی۔ زیر مخاطی تہ عروق دار ہوتی ہے، اور اس میں حالب کی دیواروں کے غذارسان عروق موجود ہوتے ہیں۔ استری سرحلیہ مکعبی قسم کا ہوتا ہے۔ حالب میں ایک معتدبہ حد تک تمدد واقع ہوسکتا ہے، جیسا کہ اس وقت ظاہر ہوتا ہے جب کہ اس کے زیریں سرے پر جزوی میکانی انسداد موجود ہو۔ حالب کے تشریحی تعلقات حوض کی جراحی میں بلاشبہ معتدبہ اہمیت رکھتے ہیں۔ چونکہ یہ رحمی شریان اور عنق الرحم کے قریب ہوتا ہے اس لئے رحم برآری (hysterec-tomy) کے عملیہ کے دوران میں اس کے کاٹے جانے یا باندھے جانے یا کوفتہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ جب حالب کو ایسے عملیوں کے دوران میں ایک وسیع حد تک بلاضرورت معرا کرلیا جاتا ہے تو اس کے
65 تغذیہ میں نقص واقع ہوجاتا ہے جس سے اس میں انغشاث (sloughing) پیدا ہوتا ہے، اور حالبی مہبلی ناسور بن جاتا ہے۔

حوض کے عروقِ خون

(PELVIC BLOOD-VESSELS)

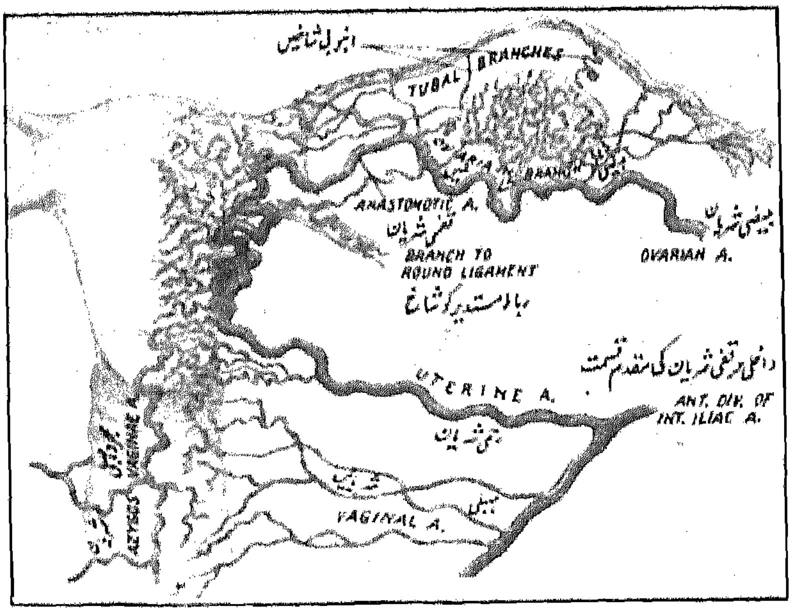
عروقِ خون۔ تناسلی اعضا کی شریانی رسد مندرجہ ذیل عروق سے حاصل ہوتی ہے جو اوپر سے نیچے کی طرف کو شمار کئے گئے ہیں:-

۱۔ بیضی شریان (ovarian artery) جو شکمی اورطہ (abdominal aorta) یا کلوی شریان (renal artery) سے نکلتی ہے۔

۲۔ رحمی شریان (uterine artery)
۳۔ مہبلی شریانیں (vaginal arteries) (۳ یا ۴)
۴۔ داخلی حیائی شریان (internal pudic artery)

} جو داخلی حرقفی (internal iliac) کی مقدم قسمت سے نکلتی ہیں۔

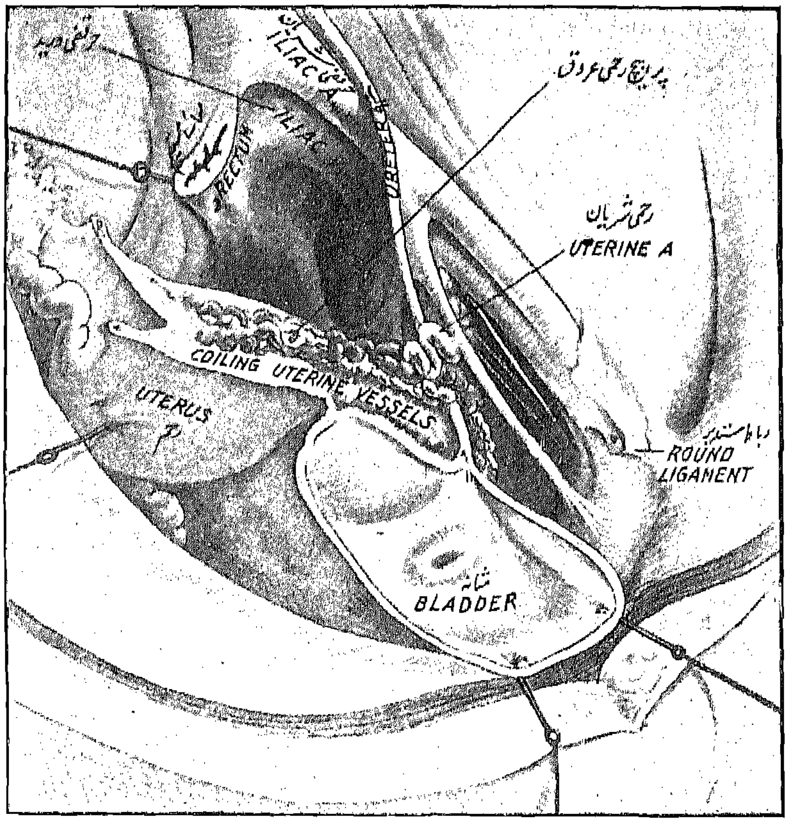
بیضی شریان حوض میں اس کی پچھلی طرف سے عجزی حرقفی جوڑ (sacro-iliac joint) کے نزدیک داخل ہوتی ہے، اور حالب کو سامنے سے ترچھے رخ میں عبور کرتی ہوئی عریض رباط کے قمعی حوضی شکن (infundibulo-pelvic fold) میں پہنچ جاتی ہے (دیکھو شکل ۲ و ۵)۔



شکل ۴۹۔ رحم اور مہبل کی شریانی رسدِ خون (ہسن)۔

عریض رباط کے بالائی حصہ (ماساریقائے انبوبہ: mesosalpinx) کی تہوں کے درمیان یہ اندر کی طرف کو رخ کرلیتی ہے، اور قرن الرحم تک چلی جاتی ہے۔ اس حصہ میں اس سے بہت سی شاخیں نکلتی ہیں جو بیضہ اور فلوپی نلی اور رباطِ مستدیر کو رسد بہم پہنچاتی ہیں (دیکھو شکل ۴۹)۔ قرن الرحم کے نزدیک یہ رحمی شریان کی انتہائی شاخوں سے تفمم کرتی ہے۔ اور اس کے ساتھ دو یا اس سے زائد رقیق وریدیں بھی ہوتی ہیں جو معاون وریدوں کے ذریعہ سے آزادانہ ربط و راہ رکھتی ہیں۔

رحمی شریان ۔ یہ داخل حرقفی (internal iliac) کی مقدم شاخ ہے۔ اس کا اور منطمس زیر معدی (obliterated hypogastric) شریان کا تنا یا تو مشترک ہوتا ہے' اور یا یہ اکیلی ہی نکلتی ہے' مگر موخرالذکر حالت زیادہ نادرالوقوع ہے۔ یہ حوض کی جانبی دیوار کے نزدیک رباطِ عریض کے قاعدہ میں داخل ہوتی ہے' اور کثیر المقدار خلوی بافت میں سے ترچھے رخ میں آگے کی اور اندر کی طرف کو مہبل
66 کے جانبی قبوہ پر سے گزرتی ہوئی فم داخلی کے لیول پر رحم کی جانب تک پہنچ جاتی ہے۔ یہاں پہنچنے سے



شکل ۵۰۔ بائیں عریض رباط کی تقطیع جو رحمی شریان اور حالب کے تعلق کو ظاہر کرتی ہے (کیلی)۔

ذرا قبل یہ حالب کے اوپر سے ترچھے رخ میں گذرتی ہے (دیکھو شکل ۶ و ۵۰)۔ اس مقام سے اصلی شریان دفعتہً اوپر کی طرف کو مڑ جاتی ہے' اور دیوار رحم کے عین ساتھ ساتھ اوپر کی جانب کو چڑھ جاتی ہے۔

اصلی تنے سے کئی ایک شاخیں یکے بعد دیگرے زاویہ قائمہ پر نکلتی ہیں جن میں سے بعض رحم کی اگلی سطح اور بعض اس کی پچھلی سطح پر سے گذر کر شریان مقابل کی متناظر شاخوں سے وسطی خط پر تفمم کرتی ہیں (دیکھو شکل ۴۹)۔ ان شاخوں میں سے جو شاخ پہلے نکلتی ہے وہ نسبتاً بڑی ہوتی ہے اور مقابل کی رفیق شریان کے ساتھ ملنے سے یہ عنق کی دائری شریان (circular artery of the cervix) بناتی ہے۔ رحمی شریان کا انتہائی حصہ قرن الرحم کے نزدیک اپنی تفممی شاخ کے ذریعہ سے مبیضی شریان سے تفمم کرتا ہے۔ رحمی شریان کے اس حصہ کے ساتھ شروع سے اخیر تک کئی ایک رفیق وریدیں ہوتی ہیں۔ رباط عریض میں ایک بڑا وریدی ضفیرہ (سلک نما ضفیرہ pampiniform plexus) بن جاتا ہے جس کی سیلیت مبیضی وریدیں کرتی ہیں۔ نیچے کی جانب اس کو مثانی اور باسوری (hæmorrhoidal) وریدی ضفیروں سے ربط حاصل ہوتا ہے۔

مبیضی اور رحمی ہر دو شریانوں اور ان کی شاخوں کی گذرگاہ مرغول یا پیچیدہ ہوتی ہے اور یہ ان عروق کا ایک بہت نمایاں خصوصی وصف ہے (دیکھو شکل ۴۹)۔ اسی خصوصیت کی وجہ سے ان میں جلد ہی طوالت پیدا ہو جاتی ہے جو دوران حمل میں رحم کی فعلیاتی کلانی کے لئے درکار ہوتی ہے۔ اور نیز اسی سے عروق اس سریع تر انکماش کے بعد جو وضع حمل کے بعد واقع ہوتا ہے 67
پیچیدگی کی طبعی حالت پر واپس آ جاتے ہیں۔

مہبلی شریانیں (vaginal arteries) (دیکھو شکل ۴۹) داخلی حرقفی شریان کی مقدم قسمت سے رحمی شریان کے نیچے نکلتی ہیں۔ بعض اوقات ان میں سے ایک شریان رحمی شریان یا وسطی باسوری شریان (middle hæmorrhoidal artery) سے براہ راست نکل آتی ہے۔ یہ شریانیں مہبل کے بالائی سرے کے نزدیک اس کے اطراف تک پہنچ کر بے قاعدہ طور پہ شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہیں جو عام طور پر مہبل کو عبور کر جاتی ہیں۔ کبھی کبھی ایک اور شریان بھی موجود ہوتی ہے جو مجرد مہبلی (azygos vaginæ) کے نام سے موسوم ہے۔ اس شریان کا کچھ حصہ عنق کی دائری شریان سے اور باقی حصہ مہبلی شریان کی بالائی شاخوں سے نکلتا ہے۔ اور یہ خط وسطی کے ساتھ ساتھ مہبل کی اگلی اور پچھلی دونوں طرفوں پر سے گذرتی ہے۔ تفمم مذکور کے علاوہ مہبلی قبوؤں کے خلیوں پر رحمی شریان کی شاخوں کے ساتھ کئی ایک ربط براہ راست پیدا ہو جاتے ہیں۔ مہبلی وریدیں باسوری (hæmorrhoidal) اور مثانی ضفیروں سے آزادانہ ربط و راہ رکھتی ہیں۔

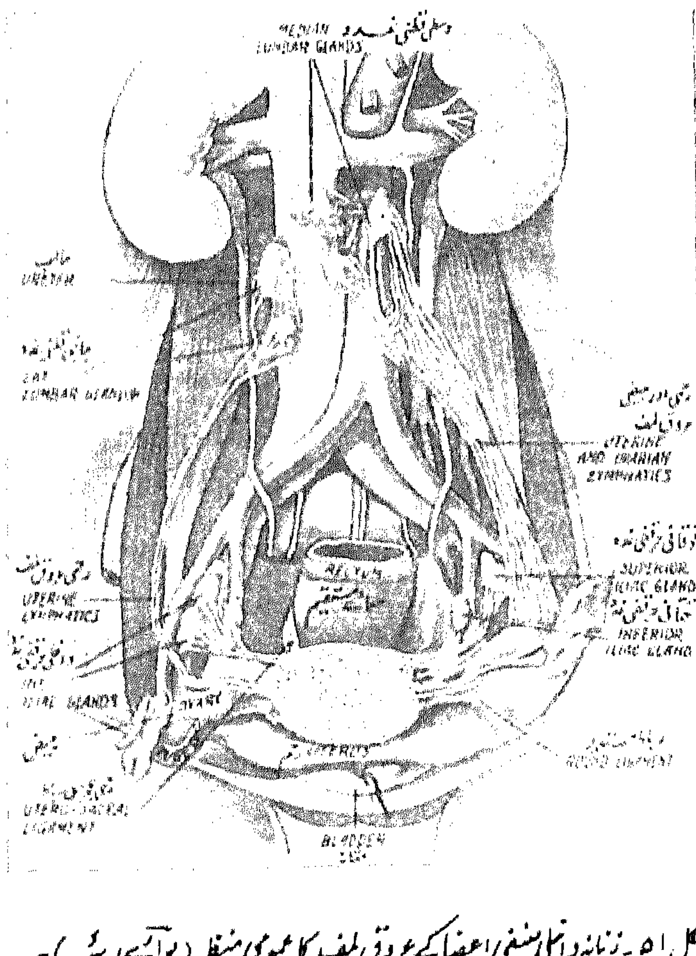
داخلی حیائی شریانیں (internal pudic arteries) جو داخلی حرقفی شریانوں کی مقدم قسمت کی شاخیں ہیں ان حصوں کو دموی رسد بہم پہنچاتی ہیں جن سے فرج اور عجانی جسم بنتا ہے۔ عرق کا تناعانی محراب (pubic arch) کی کور کے نیچے گہرا واقع ہوتا ہے اور اس سے کئی ایک شاخیں نکلتی ہیں۔ ان میں سے دو اہمیت رکھتی ہیں:۔ (۱) ایک بڑی شاخ جو فرج کے پچھلے حصہ تک پہنچتی ہے اور بارتھولینی غدہ کو رسد بہم پہنچاتی ہے (دیکھو شکل ۴۶ ۵)۔ یہ شاخ مرد کی شریان بصلہ (artery to the bulb) کی ہمنتاظر ہے۔ (۲) ایک مقدم انتہائی شاخ جو بظر اور دہلیز (vestibule) کو رسد بہم پہنچاتی ہے۔ یہ شریان بظر (artery to the clitoris) کے نام سے موسوم ہے شکل (۵۴ ۳)۔ رفیق وریدیں کثیر التعداد ہوتی ہیں، اور ان میں بعض اسفل باسوری (inferior hæmorrhoidal) میں اور بعض اسفل مثانی ضفیرہ میں جاتی ہیں۔ دوران حمل میں اکثر اوقات سطحی شفری شاخوں میں عظیم الجسامت دوالیت پیدا ہو جاتی ہے۔ فرج کے گرداگرد بہت کثیر العروق انتصاب پذیر بافت کا تقریباً ایک مکمل حلقہ موجود ہوتا ہے۔ یہ بافت دو ہلالی الشکل جانبی تودوں میں مترتب ہوتی ہے جو مہبلی بصلوں (vaginal bulbs) کے نام سے تعبیر کئے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۴)۔ عمیق مستعرض عجانی شریان (deep transverse perineal artery) اور شریان بظر ان کو رسد بہم پہنچاتی ہیں۔ فرج کی گہری دریدگی سے شدید نزف واقع ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے کیونکہ یہ حصے بہت کثیر العروق ہوتے ہیں۔

حوض کے عروق لمف

(THE LYMPHATICS OF THE PELVIS)

تناسلی خطہ کے اکثر عروق لمف غدد کے چند سلسلوں میں خالی ہوتے ہیں جو گہرے واقع ہوتے ہیں۔ ان میں سے پہلا حرقفی (iliac) یا زیر معدی (hypogastric) سلسلہ ہے جو دو گروہوں پر مشتمل ہوتا ہے، یعنی فوقانی، جس میں سے اکثر غدد اس زاویہ میں واقع ہوتے ہیں جو مشترک حرقفی شریان (common iliac artery) کی دو شاخگی سے بنتا ہے، اور چند غدد خارجی حرقفی عرق (external iliac vessel) پر پڑے ہوئے پائے جاتے ہیں، اور تحتانی، جو

رحمی شریان کے علاقہ میں زیریں لبول پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۱)۔ اور دوسرا غدد کا قطنی سلسلہ ہے جو شکمی اورطہ کے حصۂ زیریں اور تحتانی ورید اجوف (inferior vena cava) پر واقع ہوتا ہے۔

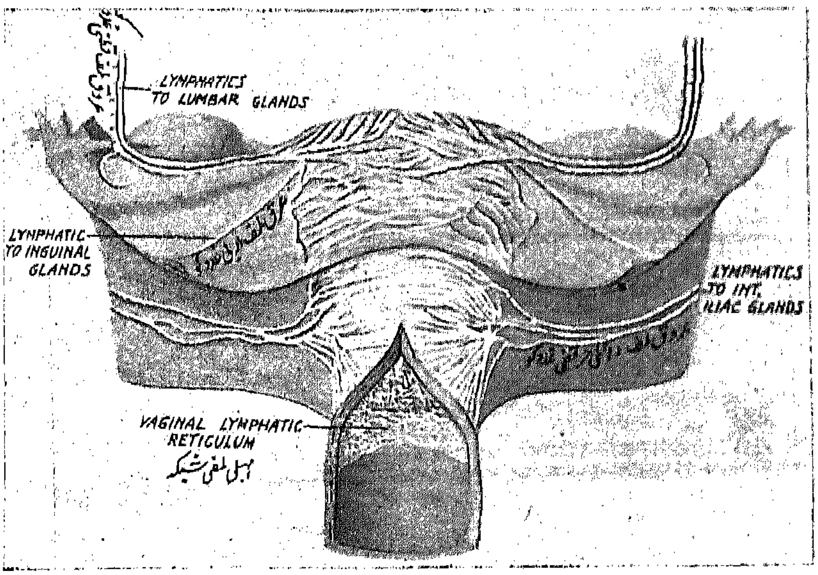


شکل ۵۱۔ زنانہ داخلی صنفی اعضا کے عروق لمف کا عمومی منظر (پوآئرے ریئر)۔

یہ سلسلہ ایک وسطی اور دو جانبی گروہوں پر مشتمل ہے (دیکھو شکل ۵۱)۔ دوسرے غدد جن میں تناسلی عروق لمف داخل ہوتے ہیں عجزی (sacral) گروہ کے غدد ہیں، اور ایک یا دو دیگر منفرد غدد بھی ہیں جو معائے مستقیم اور مہبل کے درمیان واقع ہوتے ہیں۔ سطحی غدد میں سے سطحی اربی غدد (superficial inguinal glands) کا جو کہ ران میں واقع ہوتے ہیں، صرف فوقانی گروہ ہی

ایسا ہے جو حوضی اعضا سے عروق لمف وصول کرتا ہے۔ لہذا غدد لمف کی جو کلانیاں مرض سے پیدا ہوتی ہیں وہ سریری امتحان سے شناخت نہیں کی جا سکتیں مگر تناسلی خطہ کے بعض رقبہ جات کے غدد اس امر سے مستثنیٰ ہیں۔

مبیض اور فلوپی نلی کے عروق لمف عروق کے کئی ایک تنوں کی شکل میں جمع ہو جاتے ہیں

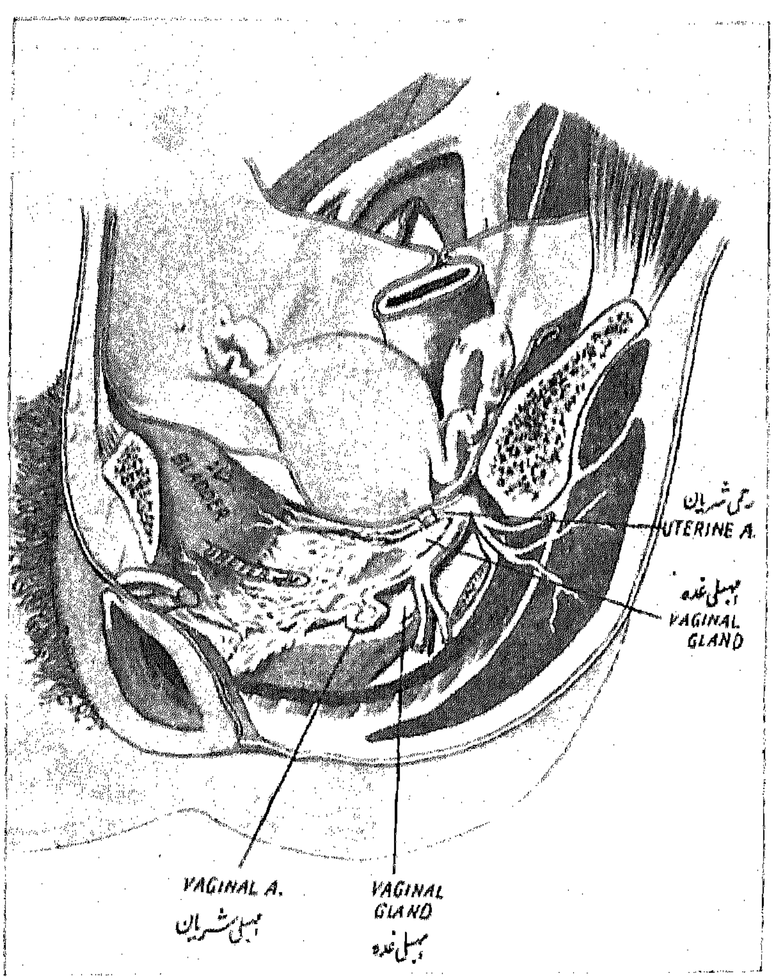


شکل ۵۲ - رحمی عروق لمف (پوآئیے ریئر)۔

جو مبیضی شریان اور ورید کے ساتھ ساتھ چلتے ہیں، اور انہی کی رفاقت میں رباط عریض سے علیحدہ ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۱)۔ یہاں سے یہ حالب کے سامنے کی طرف سے حوض کی لگر کے اوپر سے گذر کر اوپر کی طرف کو چلے جاتے ہیں، اور آخرکار قطنی غدد کے جانبی گروہ سے مل جاتے ہیں۔ ان غدد کا
69 بایاں گروہ اورطہ پر اور دایاں تحتانی ورید اجوف (inferior vena cava) پر واقع ہوتا ہے۔

جو لمفی تنے رحم سے نکلتے ہیں ان کا ممر اتنا سادہ نہیں ہوتا۔ قعر کے اور جسم رحم کے دیگر حصوں کے عروق کے تنظم سے دو یا تین بڑے بڑے لمفی عروقی تنے طیار ہو کر مبیض کے نیچے سے باہر کی جانب کو چلے جاتے ہیں، اور اپنے ہم طرف مبیضی عروق لمف کی رفاقت میں اسی طرف کے قطنی غدد کے

راسی گروہ تک پہنچ جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۲) ۔ قعر سے ایک اور چھوٹا سا لمفی تنا نکل کر مستدیر رباط کے ساتھ ساتھ آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اور نلکی کہفہ سے داخلی شکمی حلقہ (internal abdominal ring) سے باہر نکل کر آخرکار سطحی اربی غدد (superficial inguinal glands)



شکل ۵۳۔ مہبل کے عروق لمف اور وہ غدد جن میں یہ داخل ہوتے ہیں (بوآئے ریٹر)۔

کے فوقانی گروہ سے جا ملتا ہے۔ عنق کے عروق لمف تین یا چار بڑے بڑے تنوں میں جمع ہو کر رباط عریض کے

زیرین حصہ میں باہر کی جانب چلے جاتے ہیں، اور داخلی حرقفی (internal iliac) سلسلۂ غدد کے فوقانی گروہ سے جا ملتے ہیں (دیکھو شکل ۵۱)۔ اس گروہ تک پہنچنے سے پیشتر ایک چھوٹا سا غدہ رباط عریض کے قاعدہ میں عنقی مہبلی مقام اتصال کے لیول پر پایا جاتا ہے۔ ایک چھوٹا سا لمفی عرق رحمی عجزی رباط 70
(utero-sacral ligament) میں بھی ملتا ہے جو عجزی غدد (sacral glands) سے جا ملتا ہے۔ رحم، بیض، اور فلوپی نلی کے عروق لمف کے درمیان آزادانہ تفمم پایا جاتا ہے، نیز یہ عروق لمف کے ساتھ بھی متفمم ہوتے ہیں جو قرب و جوار کے حوضی اعضا اور مہبل سے آتے ہیں۔

جیسا کہ پوائرے ریئر (Poirier) نے بیان کیا ہے، مہبلی عروق لمف تین گروہوں پر مشتمل ہیں۔ فوقانی گروہ کے بعض عروق لمف عنق کے عروق سے مل جاتے ہیں، اور داخلی حرقفی غدد (internal iliac glands) کے فوقانی گروہ میں چلے جاتے ہیں، اور بقیہ اسی سلسلۂ غدد کے تحتانی گروہ میں براہ راست پہنچ جاتے ہیں۔ وسطی مہبلی عروق لمف بھی داخلی حرقفی غدد کے تحتانی گروہ سے جا ملتے ہیں، لیکن ایک یا دو چھوٹے چھوٹے تنے ان دو غدد تک پہنچ جاتے ہیں جو معائے مستقیم کی ہر دو جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ ان غدد کو فوقانی باسوری غدد (superior hæmorrhoidal glands) سے ربط حاصل ہوتا ہے (شکل ۵۳)۔ پوائرے ریئر (Poirier) کے مطابق تحتانی مہبلی عروق لمف بھی جو پردۂ بکارت کے لیول تک کے حصوں کا لمف لے جاتے ہیں داخلی حرقفی سلسلہ کے تحتانی گروہ میں خالی ہوتے ہیں۔

جملہ فرجی عروق لمف جن میں پردۂ بکارت کے عروق لمف بھی شامل ہیں سطحی اربی سلسلہ (superficial inguinal chain) کے فوقانی گروہ سے جا ملتے ہیں۔ ہر دو اطراف کے عروق میں آزادانہ طور پر باہمی تفمم موجود ہوتا ہے، جس سے فرج کے یکجانبی یا وسطی ضرر سے غدد کے دونوں سلسلہ جات کے سرایت زدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

زنانہ حوضی اعضا کی تعصیب

(INNERVATION OF THE FEMALE PELVIC ORGANS)

عورت میں جو اعصاب تناسلی اعضا کو رسد پہنچاتے ہیں وہ زیادہ تر مشارکی عصبی نظام سے آتے ہیں۔ نزد مشارکی نظام (para-sympathetic system) کا قائم مقام صرف

حوضی عصب ہی ہوتا ہے، جو چوتھے اور پانچویں عجزی کی مقدم ابتدائی قسمت سے حاصل شدہ چند ریشوں پر مشتمل ہوتا ہے، اور گاہے گاہے اس میں تیسرے عجزی تنوں کے ریشے بھی پائے جاتے ہیں۔ حوضی احشاء میں خود آئین اعصاب (autonomic nerves) کا جو تفرع ہوتا ہے اس کا بیان ڈیہل (Dahl) نے دیا ہے، اور حال ہی میں اے۔ کنٹز (A. Kuntz) نے بھی اس کا تذکرہ کیا ہے۔

بیض (Ovary)۔ ڈیہل کے مطابق بیض کی بیشتر عصبی رسد بیضی ضفیرہ سے آتی ہے جو بیضی شریان کا رفیق ہوتا ہے اور جس کے ریشے اورطی اور کلوی ضفیروں سے آتے ہیں (دیکھو شکل ۳۵۔ کنٹز)۔ کنٹز کا یہ بیان ہے کہ ان بنڈلوں میں سے بہتوں کا تعاقب بیضی ضفیرہ سے کیا جا سکتا ہے جو بیضی شریان کی ابتدا پر واقع ہوتا ہے۔ اس عقدہ کی وساطت سے بیضی ریشے شکمی (cœliac) اور فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) عقود سے ربط درا ہ رکھتے ہیں۔ جو عصبی ریشے بیضی عروق کو گھیرے ہوتے ہیں ان سے فلوپی نلی کو بھی رشتک جاتے ہیں، اور رحمی ضفیرہ میں سے ہو کر رحم کو بھی بیض کے در آرندہ ریشے دسویں صدری عصب سے آتے ہیں۔

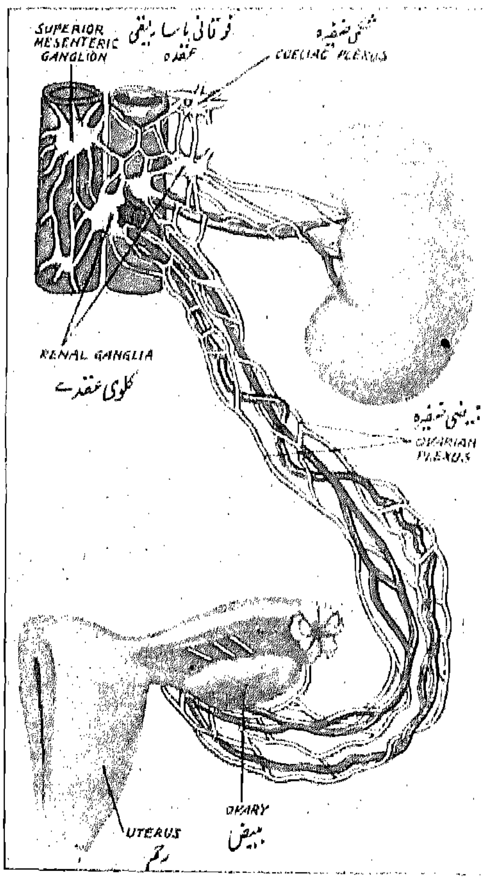
بیضین کی درونی تعصیب کا مطالعہ ایبل (Abel) اور مکل رائے (Mellroy)، برل (Brill) اور دوسروں نے کیا ہے۔ ان کا بیان ہے کہ عصبی ریشوں کا تفرع گرافی جراب اور جسم اصفر تک پایا جاتا ہے اور یہ عرقی اور رخنکی بنڈلوں تک بھی پہنچتا ہے۔

کنٹز (Kuntz) اس مختص تفرع کی تصدیق نہیں کر سکا، اور وہ اس نتیجہ پر پہنچا ہے کہ اعصاب صرف عروقِ خون کو اور ان دوسری ساختوں کو جاتے ہیں جن میں عضلۂ املس موجود ہوتا ہے۔ گرافی جراب اور رخنکی ساخت کے اعصاب میں جو تعلق ہے وہ ان رقبوں کی صرف عرقی رسد کا نتیجہ ہے۔ گاہے گاہے عقدی خلیات بھی بیض میں پائے جاتے ہیں مگر یہ باقاعدہ طور پر نہیں پائے جاتے (دیکھو شکل ۲۶۔ ۲۷۔ ۲۸)۔

فلوپی نلی۔ فلوپی نلی کی عصبی رسد بیضی اور رحمی دونوں ضفیروں سے آتی ہے، اور اس میں مغز بینی اور غیر مغز بینی دونوں قسم کے ریشے موجود ہوتے ہیں۔ عصبی رشتکوں کا ایک ارتکاز 71
نلی کے رحمی سرے پر پایا جاتا ہے مگر اس میں کوئی عقدہ شناخت نہیں کیا جا سکا۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اصلی عصبی رسد عضلی اور عرقی عناصر کو جاتی ہے، اور عصبی عناصر کا کوئی ایسا تفرع شناخت

نہیں کیا جا سکا جو انبوبی سرحلہ کو جاتا ہے۔

رحمی مہبلی ضفیرہ (Utero-vaginal Plexus)۔ رحم کی بیشتر عصبی رسد رحمی ضفیرہ سے آتی ہے جو زیر معدی ضفیرہ (hypogastric plexus) کی ایک شاخ ہے،

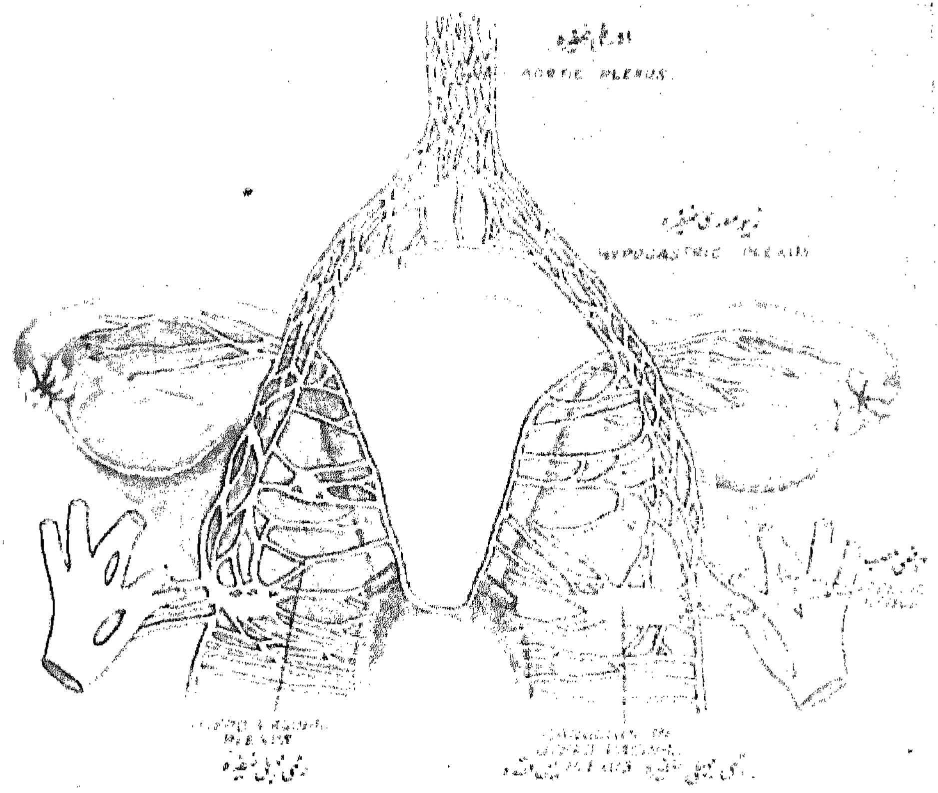


شکل ۵۴۔ بیضین کی تعصیب کی ارتسامی توضیح (ڈیہل کے مطابق)۔

اور مرد کے قدامی ضفیرہ (prostatic plexus) کا متناظر ہے (شکل ۵۵)۔ رحمی ضفیرہ میں زیرین قطنی اور عجزی مشارکی تنوں اور دوسرے، تیسرے اور چوتھے عجزی اعصاب سے بھی ریشے آکر راست ملتے ہیں۔ نیچے کی طرف یہ مہبلی ضفیرہ سے، اور عصبی رشتکوں کے ایک کثیف تودہ سے

ملا ہوتا ہے جو زیادہ تر اُن نزد مشار کی عناصر سے مرکب ہوتا ہے جو دیوار ہائے مہبل اور مخاطیہ اور بظر کی کہنگی بافت کو رسد پہنچاتے ہیں۔ بظر کو ظہری (dorsal) عصب سے بھی رسد پہنچتی ہے جو حیائی (pudendal) عصب کی ایک شاخ ہے۔

رحمی مہبلی ضفیرہ میں ایک عقدہ موجود ہوتا ہے جو نسبتہً عظیم الجسامت ہوتا ہے۔ یہ عنقی عقدہ (cervical ganglion) کہلاتا ہے۔ اور یہ عنق الرحم کے لیول کے قریب قریب اس کی ظہری 72



شکل ۵۵ ۔ رحم اور مہبل کے اندرونی اعصاب کی ارتسامی توضیح (ڈیپل کے مطابق)۔

جانبی طرف پر عنقی مہبلی منفذ کے اتصال کے بہت قریب واقع ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں اس مجرد عظیم الجسامت عقدہ کی جگہ چھوٹے چھوٹے عقدوں کا ایک گروہ پایا جاتا ہے جو ایک بڑے سے

عقدی تودہ پر مشتمل ہوتا ہے جس میں سے رحم کو جانے والے تمام اعصاب گذرتے ہیں (شکل ۵۵)۔

دیوار رحم میں عصبی ریشے رحمی عضلی نظام اور عروق خون میں متفرع ہو جاتے ہیں، اور یہ عضلی بنڈلوں کے متوازی جاتے ہیں۔ چند ریشوں کا دروں رحمہ تک بھی تعاقب کیا جا سکتا ہے، لیکن اس امر کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ یہ غدد رحم کو رسد پہنچاتے ہیں۔

عورت کے حوضی احشا کی تعصیب پر جو تجرباتی تحقیقات حال ہی میں کی گئی ہے اس سے یہ ثابت ہوا ہے کہ رحم اور فلوپی نلیوں پر مشارکی اعصاب کا اثر حرکی، اور نزد مشارکی نظام کا امتناعی ہوتا ہے۔ مزید برآں مضیق العروق سوائق (impulses) مشارکی ریشوں میں سے، اور موسع العروق نزد مشارکی میں سے منتقل ہوتے ہیں۔ اسی قسم کی صورت حالات مرد میں بھی پائی جاتی ہے۔

زیر معدی اعصاب (hypogastric nerves) کا اثر رحم کے عضلی نظام پر حرکی ہوتا ہے، اور حوضی عصب کو ہیجان پہنچانے سے رحم کے انقباض پر امتناعی اثر پڑتا ہے، اور عروق خون متسع ہو جاتے ہیں۔ مگر عصبی اثرات سے قطع نظر رحمی عضلہ میں دوسرے املس عضلہ کی طرح متوازن انقباض کی موروثی قابلیت موجود ہے، اور ایسے حیوانات میں وضع حمل ہوا ہے جن میں تجربہ کے طور پر
رحم کے تمام بیرونی اعصاب کاٹ دئے گئے تھے۔ انسانی موضوع کی ان مثالوں پر بھی یہی صادق آتا 73
ہے جن میں حبل شوکی کے ضرر سے جسم کے نیچے کے حصہ میں شلل واقع ہو گیا ہو۔

ہم (بی۔ ڈبلیو) نے یہ معلوم کیا ہے کہ ٹروپاکوکین (tropa-cocaine) سے پیدا کردہ شوکی بے حسی درد (spinal analgesia) کے زیر اثر رحم کی مدافعتی استعداد زائل ہو جاتی ہے، مگر رحم کے جسم اور اس کی عنق کے دائری ریشے ایک تشنجی انقباض کی حالت میں رہتے ہیں۔ اس امر کی تصدیق ایلک بورن (Aleck Bourne) نے کی ہے۔

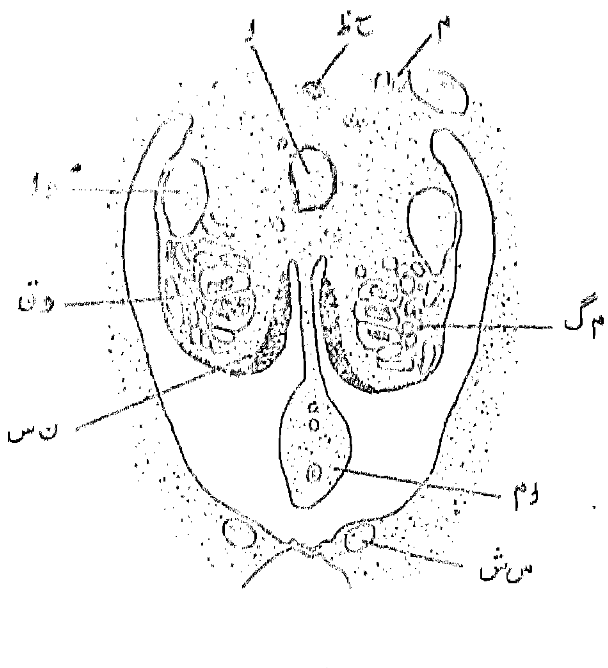
نسائیاتی مرضی حالات میں جو درد بعید پیدا ہوتا ہے جلد پر اس کی ایک معین تقسیم ہوتی ہے (دیکھو درسی کتب متعلقہ "فعلیات")۔ خارجی اعضا کو حیائی عصب (pudic nerve) (عجزی ضفیرہ) سے، تحتانی حیائی عصب (inferior pudendal nerve) سے جو صغیر نسائی کی شاخ ہے، اور حرقفی اربی عصب (ilio-inguinal nerve) سے جو قطنی ضفیرہ کے بالائی حصہ سے آتا ہے، رسد پہنچتی ہے۔

عضلہ رافع مبرز (levator ani) اور سطحی عجانی عضلات کو جو اعصاب رسد پہنچاتے ہیں وہ حیائی عصب اور عجزی اور عصعصی ضفیروں سے آتے ہیں۔

زنانہ تناسلی بولی خطہ کا نمو

(DEVELOPMENT OF THE FEMALE GENITO-URINARY TRACT)

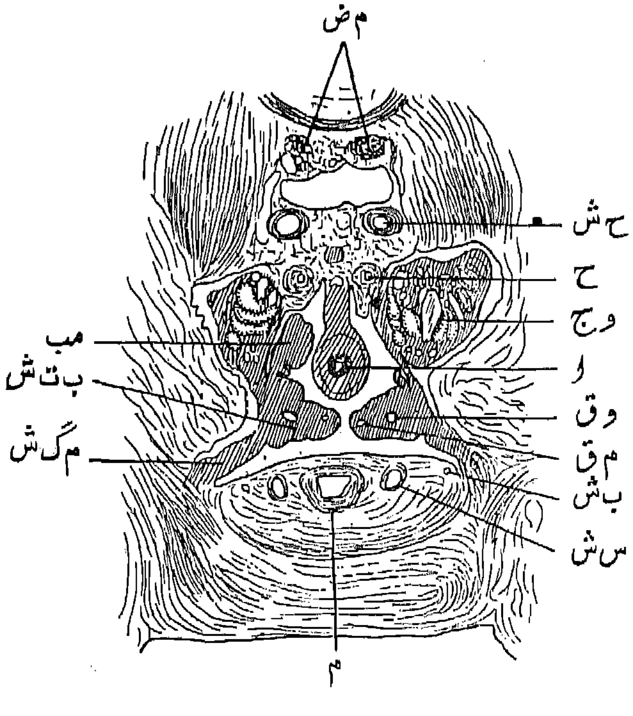
سیلومی کہفہ (coelomic cavity) کی ظہری جانب اور فقری ستون کی دو نوں جانبوں پر میان ناہض (mesoblast) سے کلیہ زا حبل (nephrogenic cord) بنتی ہے



شکل ۶ د ۔ ۵ء ۹ ملی میٹر لمبے انسانی مضغہ کے خطۂ شکم میں سے تراش (ٹینڈلر کے مطابق)۔ و ۔ ظہری ابہرطہ (ایوٹا ڈارسیلس)۔ س ش ۔ سرہی شریان (آرٹیریا امبی لی کیلس) س ظ ۔ حبل ظہری (کارڈا ڈارسیلس)۔ آ ۔ آنت ۔ و ق ۔ والفی قنات ۔ ن س ۔ تناسلی غدہ جو ابتدائی مرحلہ سے بن رہا ہے ۔ م ۔ مشار کی ضفیرہ (سمپیتھیٹک پلیکسس) م گ ۔ میاں گردہ (میسونیفراس) معہ قنالوں اور قنبلکوں کے ۔ و ا ۔ ورید اجوف (وینا کیوا)۔

جس سے انسان میں تین کلیہ زا اعضا علیحدہ علیحدہ متمیز ہوتے ہیں۔ یہ اعضا پیش گردہ (pronephros) میاں گردہ (mesonephros) اور بعد گردہ (metanephros) کے ناموں سے موسوم ہیں۔

پیش گردہ بہت ناقص النمو ہوتا ہے، اور ایک قنیلک (glomerulus) اور ایک قنات پر مشتمل ہوتا ہے۔ ٹینڈلر (Tandler) کے بیان کے مطابق یہ مکمل طور پر غائب ہو جاتے ہیں۔
مگر کیتھ (Keith) کا یہ خیال ہے کہ پیش گردی قنات کے جسمی سرے سے فلوپی نلی کا فراخا (ampulla) 74



شکل ۷۵ ۔ ۵ء۲۰ ملی میٹر لمبے انسانی مضغہ کے خلاء حوض میں سے تراش (ٹینڈلر کے مطابق)۔ ب ش۔ برمسدی شریان (آرٹیریا ایپی گیسٹریکا) س ش ۔ سری شریان (آرٹیریا امبی لی کیلس) م ۔ مثانہ۔ آ۔ آنت۔ م ق ۔ مرکی قنات۔ و ق ۔ ولفی قنات۔ مب ۔ مبیض۔ م ض ۔ مثار کی ضفیرہ۔ ب ت ش۔ بولی تناسلی شکن (یوروجینی ٹل فولڈ)۔ م گ ش ۔ میاں گردی شکن (میسونیفرک فولڈ)۔ و ج۔ ولفی جسم۔ ح۔ حالب ۔ ح ش ۔ حرقفی شریان ۔

اور شکمی دہنہ (abdominal ostium) طیار ہوتا ہے۔ دیگر مشاہدین کی یہ رائے ہے کہ مارگینی کا کیسہ (hydatid of Morgagni) اور کوبلٹ کے انبیبات (Kobelt's tubules) بھی میش گردی قنات کے آثار ہیں۔

ولفی جسم اور اس کی قنات میاں گردہ اور بعد گردہ دونوں سے طیار ہوتی ہے (دیکھو شکل ۵۶۔ دق۔ اور ۵۷۔ وج)۔ اس قنات سے ابتدائی بولی تنال (primary urinary canal) بنتی ہے۔ ولفی جسم جمجمی (cranial) اور ذنبی (caudal) دو حصوں میں منقسم ہوتا ہے۔ جمجمی حصہ حقیقی میاں گردہ کا اور ذنبی حصہ بعد گردہ کا متناظر ہوتا ہے۔ موخرالذکر سے مستقل گردہ کا ایک جزو بنتا ہے' اور آئندہ اس کا کچھ ذکر نہیں کیا جائیگا۔ میاں گردہ ظہری سیلومی دیوار کے باریطون کے نیچے سے ابھرا ہوتا ہے' اور اس سے یہ ایک باریطونی شکن کے ذریعے سے جو میاں گردی ثنیہ (plica mesonephrica) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے چپک جاتا ہے (دیکھو شکل ۵۷۔ م گ ش)۔ اس شکن کے بننے کے بعد میاں گردہ کی وسطانی بطنی سطح کے سیلومی درون ادمہ (coelomic entoderm) میں تکاثر شروع ہو جاتا ہے' جس سے تناسلی لکیر (genital streak) پیدا ہوتی ہے۔ یہ لکیر صنفی غدہ (sex gland) (مولدہ ؛ gonad) کی پیشرو ہے (دیکھو شکل ۵۶۔ ن س)۔ میاں گردہ پہلے پہل ایک بڑا غدہ ہوتا ہے' لیکن اس میں جلد ہی ذبولی تغیرات نمودار ہو جاتے ہیں' اور اس طرح میاں گردی شکن کا بالائی حصہ خالی رہ جاتا ہے۔ بعد ازاں یہی بالائی خالی شکن ڈایافرامی میاں گردی ثنیہ (plica diaphragmatica mesonephrica) میں تبدیل ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۵۸۔ ڈ م ث)' جس سے انجام کار مبیضی حوضی (ovario-pelvic) یا قمعی حوضی (infundibulo-pelvic) شکن کا آزاد کنارہ بن جاتا ہے۔ یہ کنارہ مبیض کے تعلیقی رباط (ligamentum suspensorium ovarii) کے نام سے موسوم ہے۔

ولفی نظام کے دو حصے جو عورت میں برقرار رہتے ہیں مندرجہ ذیل ہیں:۔ (۱) جمجمی یا صنفی قطعہ کے آثار (تناسلی انبیبات : genital tubules) جو بر مبیض (epoöphoron) کی 75
شکل میں موجود ہوتے ہیں۔ یہ ایک ساخت ہے جو مبیض سے متماس ہوتی ہے' اور بعض اوقات جارالمبیض (parovarium) یا عضو روزنملر (organ of Rosenmüller) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ یہ مرد کے بربخ (epididymis) کی متناظر ہے (دیکھو شکل ۵۸۔ ب ط ق' ب م ق)۔ (۲) ذنبی (caudal) یا افرازی (اقولی کلوی) قطعہ کے آثار جو

جانبی مبیض (paroöphoron) کی شکل میں قائم رہتے ہیں، اور مبیض اور رحم کے درمیان واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۸۵۔ ج م)۔ یہ مرد کے نزد بربخ (paradidymis) کا متناظر ہے۔

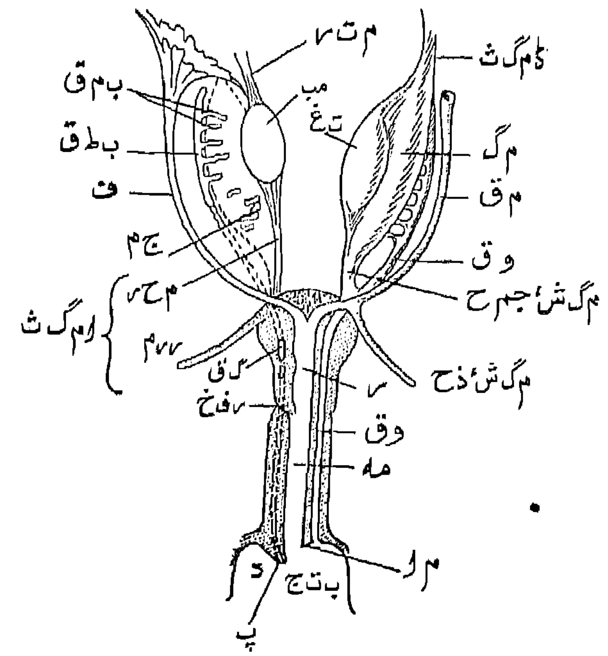
(۳) ابتدائی بولی قنات کا ایک حصہ جو گیرٹنر کی قنات (duct of Gaertner) کے طور پر باقی رہتا ہے۔ یہ مرد کی قنات ناقلہ (vas deferens) کا مماثل ہے (دیکھو شکل ۸۵۔ گ۔ ق)۔

مبیضین (Ovaries)۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے مبیضین میان گردہ (mesonephros) کی وسطانی بطنی سطح پر نام نہاد تناسلی لکیروں (genital streaks) کی شکل میں نشوونما پاتے ہیں۔ اور اس کے ایک سرے سے دوسرے تک پھیلے ہوتے ہیں۔ انسانی جنین میں یہ لکیریں نسبتہً دیر سے پیدا ہوتی ہیں۔ متعرض تراش کاٹنے پر تناسلی لکیر (genital streak) سرحلمہ (تبنی سرحلمہ germ-epithelium:) کی کئی ایک تہوں سے مرکب نظر آتی ہے۔ اس میں بڑے بڑے خلیے نظر آتے ہیں جن میں بہت سا تخم مایہ (protoplasm) موجود ہوتا ہے، اور ان میں ایک ایک صاف نوات پایا جاتا ہے۔ یہی تناسلی خلیے (genital cells) ہیں۔ یہ خلیے تناسلی لکیر کے محض وسطی حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ راسی اور ذنبی انتہاؤں پر یہ لکیر موٹی نہیں ہوتی، بلکہ ایک چپٹے شکن کی شکل کی ہوتی ہے۔ تبنی سرحلمہ (germ-epithelium) ماتحت بافت میں تبنی احبال (germinal cords) کی شکل میں بسرعت بڑھتا چلا جاتا ہے جن کی سالم مبیض کے نمو میں کوئی زیادہ اہمیت نہیں ہوتی کیونکہ جب ان سے ابتدائی جراب (primary follicles) طیار ہو چکتے ہیں تو ان کا بیشتر حصہ غائب ہو جاتا ہے، مگر کبھی کبھی انکے کچھ حصے باقی بھی رہ جاتے ہیں جن سے دویری نوساختیں (cystic neoplasms) پیدا ہو جاتی ہیں (گڈال Goodall:)۔ تناسلی لکیر کی راسی انتہا نشوونما نہیں پاتی، لیکن اس کے ذنبی سرے کے سرحلمہ میں انکا نزول واقع ہونے سے شبکی احبال (reticular cords) بن جاتے ہیں جو میان گردہ (mesonephros) اور تناسلی غدہ (genital gland) کے درمیان حائل ہوتے ہیں۔ ان احبال کے باقی ماندہ حصوں سے دویری نوبالیدیں بھی پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے (گڈال Goodall:)۔ ابھی تک تناسلی غدہ (genital gland) مبیض یا خصیہ کے طور پر تمیز نہیں کیا جا سکتا۔ اور یہ فرق پہلے پہل ساہلی ٹر لمبے مضغوں (پانچ سے لیکر چھٹے ہفتہ کے) میں پایا جاتا ہے، یعنی خصیہ میں، پردۂ ابیض (tunica albuginea) اور تناسلی احبال (genital cords) میں ایک نمایاں نمو دکھائی دینا شروع ہو جاتا ہے۔ اگر اس درجہ پر تناسلی غدہ میں یہ ساختیں موجود نہ ہوں تو یہ اس کے مبیض ہونے کی

علامت ہے[1]۔ اس درجہ پر مبیض میں انفصالی بافت کا نمو شروع ہو جاتا ہے جو اس کی گہرائی سے بڑھنا شروع ہوتی ہے اور بڑھتے بڑھتے نبتی تہ (germinal layer) میں پہنچ جاتی ہے، اور نبتی سرحلمی خلیوں (germ-epithelial cells) اور تناسلی خلیوں (genital cells) کو گروہوں (بیضی جرابات: egg-follicles) میں تقسیم کر دیتی ہے۔ ایسے ہر ایک جراب میں ایک تناسلی خلیہ ہوتا ہے جو نبتی سرحلمی خلیوں سے محصور ہوتا ہے۔ تناسلی (ابتدائی بیضی خلیوں) میں سوائے اس خلوی تقسیم کے جو ہر انفرادی گروہ میں واقع ہوتی ہے کوئی مزید زیادتی نہیں ہوتی۔ اسی اثنا میں مذکورہ گروہ ہیکلی بافت کے ذریعہ سے منقسم ہونے جاتے ہیں۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بیضی خلیے (egg-cells) تمام مبیض میں منتشر ہو جاتے ہیں۔ ان خلیوں اور سرحلمی خلیوں سے جو ان کے ارد گرد واقع ہوتے ہیں ابتدائی جرابات (primordial follicles) بنتے ہیں۔ وہ جراب جو مبیض کے مرکز میں واقع ہوتے ہیں جنینی زندگی میں غائب ہونا شروع ہو جاتے ہیں۔ اور زندگی کے پہلے سال کے اخیر میں جراب محض قشرہ ہی میں پائے جاتے ہیں۔ پیدائش کے بعد جرابوں کی جسامت چند ہفتہ تک بڑھتی رہتی ہے، اور پھر سن بلوغ تک ان میں کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔ شبکی احبال (reticular cords) سے جو میاں گردہ (mesonephros) اور مبیض کے درمیان حائل ہو گئے تھے جانبی مبیض (paroöphoron) بنتا ہے جو جوان عورت میں ناقص النمو ہوتا ہے۔ چھوٹے چھوٹے نافی دویرہ (small hilum cysts) کی ابتدا جو زندگی کے آخری حصہ میں دیکھنے میں آتے ہیں انہی سے ہوتی ہے۔ مبیض تناسلی لکیر (genital streak) کی وسطی ایک تہائی سے نمو پاتا ہے۔ اسکے راسی اور ذنبی سرے یا تو نامکمل رہتے ہیں، اور یا غائب ہو جاتے ہیں۔ وسطی حصہ بڑھتے بڑھتے میاں گردہ سے باہر نکل جاتا ہے حتیٰ کہ مذکورہ ساختیں محض ایک باریطونی شکن کے ذریعہ سے جڑی رہ جاتی ہیں۔ 76
جنینی مبیض ایک مطول غدہ ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۸۔ ت غ)۔ اور اس کی شکل ارد گرد کی ساختوں کے مطابق ڈھلی ہوتی ہے۔ مبیض اپنی گول شکل ولادت کے بعد اختیار کرتا ہے۔

بیضی قنائیں (Oviducts)-(نلوپی نلیاں :Fallopian Tubes) مری قناتوں (Müllerian ducts) کے بالائی غیر متحدہ حصوں کی قائم مقام ہیں۔ انسانی موضوع میں بہ نسبتہ دیر سے ظاہر ہوتی ہیں۔ ۱۲ ملی میٹر لمبے مضغوں میں بیضی قنائیں ولفی قنات کی جانبی دیوار پر سیلومی سرحلمہ میں ایک ابھرتے فجوہ کی شکل میں پیدا ہوتی ہیں۔ اور بڑھتے بڑھتے انکی ایک نلی بن جاتی ہے جس کا

[1] خصیہ میں کوئی ساخت ایسی نہیں جس کا مماثل جنینی زندگی کے کسی نہ کسی حصہ میں مبیض میں نہ رہا ہو" (گڈال)۔



شکل ۸۵۔ زنانہ اعضائے تناسل کے نمو کا خاکہ۔ تصویر کی بائیں جانب پر بالغ اعضا دکھائے گئے ہیں۔ اور دائیں جانب پر مقابلہ کے لیئے مضغئی ساختیں دکھائی گئی ہیں (ٹینڈلر کے مطابق)۔ ب ط ق۔ بر بیض (ایپی فورون)، طولی قنات۔ ب م ق۔ بر بیض، مستعرض قناتیں۔ گ ق۔ گیرٹنر کی قنات۔ ت غ۔ تناسلی غدہ (جینی ٹل گلینڈ)۔ پ۔ پردۂ بکارت۔ م ح ر۔ بیض کا حقیقی رباط۔ ر ر م۔ رحم کا رباط مستدیر۔ م ت ر۔ بیض کا تعلیقی رباط۔ م گ۔ میاں گردہ (میسونیفراس) یا ولفی جسم۔ م ق۔ ملری قنات۔ م گ ش، جسم ح۔ میاں گردی شکن (میسونیفرک فولڈ)، جسمی حصہ۔ م گ ش، ذ ح۔ میاں گردی شکن، ذہنی حصہ۔ م ا۔ ملر کا ابھار۔ ر ف خ۔ رحم کا فم خارجی۔ مب۔ مبیض۔ ج م۔ جانبی مبیض (پار او فورون)۔ ڈ م گ ث۔ ڈایافرامی میاں گردی ثنیہ (پلائیکا میسونیفریکا ڈایا فریگمیٹیکا)۔ ب ت ج۔ بولی تناسلی جوف (سائینس یورو جینی ٹیلس)۔ ف۔ قلوپی نلی۔ ر۔ رحم۔ د۔ دہلیز فرج۔ مہ۔ مہبل۔ و ق۔ ولفی قنات۔ ا م گ ث۔ اربی میاں گردی ثنیہ (پلائیکا انگوئینو میسونیفریکا)۔

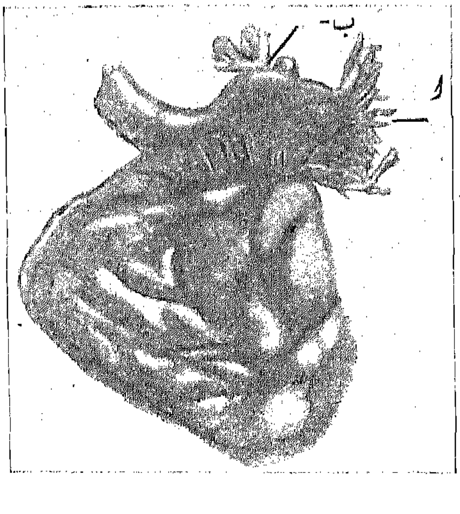
راسی قطعہ قیف کی شکل کا ہوتا ہے۔ قیف کا تنگ ذیلی سرا پہلے پہل نلی کے بقیہ حصہ سے غیر مکمل طور پر متحد ہوتا ہے اور اس مقام پر اکثر اوقات ایک زائد دہنہ (accessory ostium) بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۵۹) کیتھ (Keith) نے یہ نظریہ پیش کیا ہے کہ بعض قنات کا قیفی قطعہ ملری قنات (Müller's duct) سے مو نہیں پاتا بلکہ پیش گردہ (pronephros) سے پیدا ہوتا ہے۔ بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مذکورہ بالا غیر مکمل اتحاد سے جو قیفی انتہا اور نلی کے بقیہ حصہ کے درمیان موجود ہوتا ہے کیتھ کے اس نظریہ کی توثیق ہوتی ہے کہ نلی کی جھالردار انتہا کی اصل قنات کے بقیہ حصہ کی اصل سے مختلف ہوتی ہے یعنی قبل الذکر باعتبار اصل پیش گردی (pronephric) اور موخر الذکر ملری ہوتا ہے (دیکھو تارکینی کا کیبیہ شکل ۶۰) ملری قنات کا ذیلی حصہ ولفی قنات کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو جاتا ہے۔ لہٰذا یہ دونوں قناتیں ایک ہی باریطونی شکن میں واقع ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۵۸ - د ق - م ق) جو متذکرہ سابقہ میاں گردی شکن سے پیدا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۸ - م گ ش)۔ یہ شکن بولی تناسلی شکن (urogenital fold) کے نام سے موسوم ہے (دیکھو شکل ۵۸ - ب ت ش) اور موخر شکمی دیوار اور جانبی حوضی دیوار پر واقع ہوتا ہے۔ یہاں سے یہ فرشِ حوض سے بتدریج مرتفع ہوتا ہوا ایک مستعرض فاصل کے طور پر وسطی خط کی طرف مڑ جاتا ہے۔ اس کا وسطی حصہ تناسلی شکن (genital fold) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے، اور اس میں چار قناتیں ہوتی ہیں، یعنی دو ملری (Müllerian) اور دو ولفی (Wolffian)، اور اس کے جانبی حصوں سے رباط عریض (ligamentum latum) بنتا ہے۔ میاں گردہ (mesonephros) کے زیرین قطب کے لیول پر ملری قناتیں ولفی قناتوں کو سامنے سے عبور کر کے خط وسطی پر ایک دوسرے سے مل جاتی ہیں (دیکھو شکل ۵۸ - د ق - م ق)، اور یہاں سے یہ دوش بدوش نیچے کی طرف گذرتی ہوئی تناسلی بولی جوف (urogenital sinus) کی ظہری دیوار تک پہنچ جاتی ہیں (دیکھو شکل ۵۸ - ب ت ج)، جہاں ان کے اوپر اٹھنے سے ایک ابھار بن جاتا ہے۔ یہ ابھار ۲۸ ملی میٹر لمبے مضغوں میں صاف صاف دکھائی دیتا ہے، اور ملر کے ابھار کے نام سے موسوم ہے (دیکھو شکل ۵۸ - م ا)۔ 77

اس ابھار پر کھلنے سے پیشتر ملری قناتوں کے ایک دوسرے سے ملنے سے ایک متحد قنال بن جاتی ہے۔ جس مقام پر اتحاد شروع ہوتا ہے وہ بعد ازاں رحم کے فم خارجی کا متناظر بنتا ہے (دیکھو شکل ۵۸ - س ف خ)۔ اس مقام سے اتحاد کے اوپر اور نیچے کی طرف پھیلنے سے رحمی مہبلی قنال (utero-vaginal canal) بن جاتی ہے۔ یہ ۲۵ ملی میٹر لمبے مضغوں میں

(دوسرے مہینہ کے اخیر پر) پہلے دیکھی جا چکی ہے۔

انبوبی غشائے مخاطی کا نمو۔ چوتھے مہینے میں ایک سادہ طولی شکن نلی کے درونہ میں ظاہر ہوتا ہے۔ یہ ابتدائی مخاطی شکن ہے۔ ثانوی اور ثلاثی شکن بھی طولی ہوتے ہیں اور وہ ساتویں مہینہ کے قریب قریب ظاہر ہوتے ہیں۔ جھالریں نلی کے سرے پر کند ابھاروں کی شکل میں پیدا ہوتی ہیں۔

برمبیض (Epoöphoron) یا **جارالمبیض** (Parovarium)۔ جارالمبیض یا عضو روزنملر (organ of Rosenmüller) ایک آثاری بافت ہے جو عریض رباطات کے بالائی حصہ، جسے بالعموم ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) کہتے ہیں، کی تہوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ مرد کے بربخ (epididymis) اور قنات ناقلہ (vas deferens) کا نظیر ہے، اور میان گردہ کے حجمی قطعہ کا قائم مقام ہے جس سے ولفی جسم (Wolffian body) اور اس کی قنات پیدا ہوتے ہیں۔ بالغ عورت کے رباط عریض میں، نلی اور مبیض کو ایک دوسرے سے علیحدہ کرنے، اور نیم شفاف ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) سے کافی روشنی کو گذرنے کا موقع دینے سے، یہ خالی



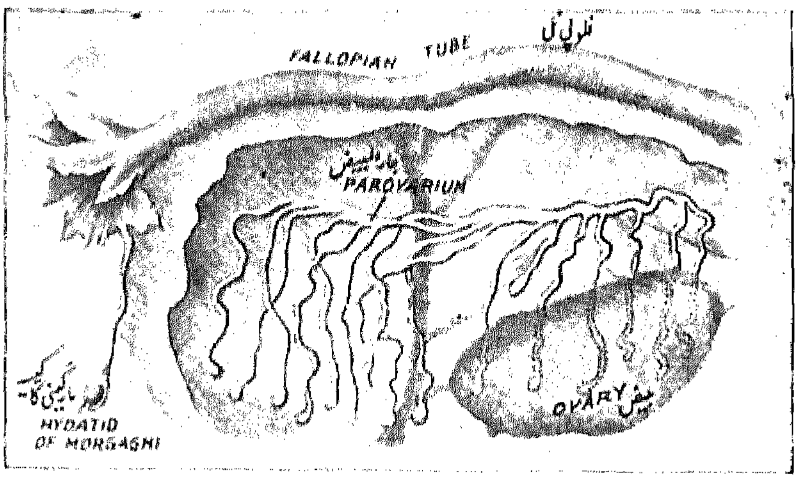
شکل ۵۹۔ اس فلوپی نلی کا ایک زائد ملحقی دہنہ ہے۔
ل۔ طبعی دہنہ۔ ب۔ زائد دہنہ۔

آنکھ سے بآسانی دیکھا جا سکتا ہے (دیکھو شکل ۶۰)۔ بچہ میں یہ ناقص النمو ہوتا ہے، مگر یہ آہستہ آہستہ بڑھتا جاتا ہے حتیٰ کہ زندگی کے وسطی حصہ میں نمو کے بلندترین قیام پر پہنچ جاتا ہے۔ اس میں مختلف التعداد (عموماً بارہ) انتصابی انبیبیات ہوتے ہیں جو مبیض کے نافجہ کے قریب اعور سروں کے سے دکھائی دیتے ہیں، اور فلوپی نلی کی جانب اوپر کی طرف جا کر ایک بڑے افقی انبیب سے جا ملتے ہیں جو ان سے قائمہ زاویہ پر گذرتا ہے۔ موخرالذکر انبیب کا خارجی سرا اعور ہوتا ہے، اور بعض اوقات متعدد مثانچوں میں

78

منقسم ہوتا ہے جو کوبلٹ کی نلیوں (Kobelts tubes) کے نام سے موسوم ہیں۔ اس کا اندرونی حصہ رحم کی طرف جا کر نیچے کی جانب ختم کھاجاتا ہے، اور عریض رباط کی تہوں میں سے گذر کر مہبلی قبودل (vaginal fornices) تک پہنچ جاتا ہے، اور بعض اوقات اس کا تعاقب مقدم مہبلی دیوار کے ساتھ ساتھ فرج تک بھی کیا جاسکتا ہے۔ یہ لمبی نلی قنات ناقلہ (vas deferens) کی مماثل ہے، اور گیرٹنر کی قنات (Gaertner's duct) کہلاتی ہے۔

بر بیضی یا جارالبیضی انبیبات کی دیوار سادہ عضلہ پر مشتمل ہوتی ہے، اور ان میں ایک واضح دروںہ برقرار رہتا ہے جس کا استر ستونی ہدبی سر حلمہ کا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶۱)۔ دویری اتساعات (cystic dilatations) اکثر اوقات جوان عورتوں میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ حقیقی جارالبیض (parovarium proper) میں انتصابی اور افقی انبیبات تقریباً ہمیشہ مل سکتے ہیں، لیکن



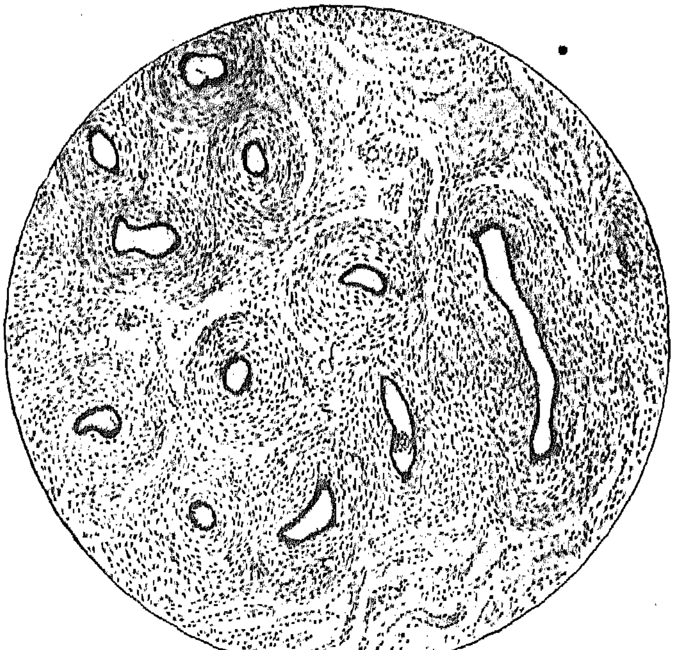
شکل ۶۰۔ بر بیض (اپیوفورون) یا جارالبیض (پاراوویریم) (روزنمُلر کا عضو) ماساریقائے انبوبہ کی تقطیع سے معرا کیا گیا ہے۔

وہ نزولی اطالت جس سے گیرٹنر کی قنات بنتی ہے بسا اوقات موجود نہیں ہوتی۔ فلوپی نلی کے شکمی دہنہ کے نیچے ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) سے چپکا ہوا ایک چھوٹا سا مٹر کے برابر ڈنڈی دار دویرہ بالعموم پایا جاتا ہے، جو مارگینی کا کیسہ (Hydatid of Morgagni) کہلاتا ہے

(شکل ۶۰)۔ یہ ایک انحطاط یافتہ مستقی انبوبی جھالر کا قائم مقام ہے، اور اس لئے اپنی اصل کے لحاظ سے پیش گردی (pronephric) ہے۔

رحم اور مہبل۔ چوتھے مہینہ پر رحم اور قلوپی نلی کی تفریق کی نشان دہی اس مقام سے ہوتی ہے جس پر میان گردی یا بولی تناسلی شکن لڑی نلیوں سے چپکا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۸۔ م گ ش، جم ح اور م گ ش، ذ ح)۔ اس مقام کے اوپر کا حصہ قلوپی نلی اور نیچے کا حصہ رحمی مہبلی قنال بنتا ہے۔ رحم اور مہبل کی تفریق پہلے پہل سرحلمی استروں کے باہمی اختلاف سے دیکھنے میں آتی ہے۔ رحم کا سرحلمی استر محض استوانہ نما ہوتا ہے اور مہبل کا طبق دار۔

لڑی قناتوں کا ممر ابتداءً مقدم جانب پر مقعر ہوتا ہے، اور رحمی مہبلی قنال کے خطہ پر 79



شکل ۱۶۱۔ طبعی بربیض (ایپوفورون) یا جار المبیض (پاراووریئم) کی مستعرض تراش
۱۰۵x۔ انبیبات کی دیواروں کی دبازت ملاحظہ کیجائے۔

ان میں ایک خم پیدا ہو جاتا ہے جو مہبل اور رحم کی حد فاصل کا متناظر ہوتا ہے۔ پانچویں مہینہ میں عنق کے مہبلی حصہ (portio vaginalis cervicis) اور مہبلی قبوں (vaginal fornices) کی تکوین ہوتی ہے۔ اسی زمانہ میں مہبل کا درونہ اُس سرطلی ڈاٹ کے غائب ہو جانے سے مکمل ہو جاتا ہے جو اس کے زیرین سرے میں ہوتی ہے۔ نیز شکنی ستون (columnæ rugarum) بھی ساتھ ہی مہبل میں پیدا ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۴۸۔ صفحہ ۶۳)، اور نخل حیات (arbor vitæ) عنق میں نمودار ہو جاتا ہے۔ قبل الذکر مہبل کے فرجی سرے پر نمودار ہو کر اوپر کی طرف پھیل جاتے ہیں۔ ساتویں مہینہ میں عنق میں غدد پیدا ہوتے ہیں اور رحم میں یہ ولادت پر ہی نمودار ہو جاتے ہیں۔

پانچویں مہینہ کے قریب قریب ملری قنات کے جملہ مشتقات میں عضلہ کی ایک تہ پیدا ہو جاتی ہے جو نلی اور رحم کے مقام پر دائری، اور مہبل میں طولی ہوتی ہے۔ مہبلی عضلی نظام عنق کے مہبلی حصہ (portio vaginalis cervicis) کے لبول پر پھیل جاتا ہے۔ چھٹے اور ساتویں مہینہ میں ایک مضبوط تحت مخاطی عضلی طبقہ ظاہر ہوتا ہے جو نلوپی نلی کے طولی محور کے متوازی ہوتا ہے۔

جنینی زندگی کے اختتام پر تحت مصلی بافت میں ایک اور عضلی تہ کا اضافہ ہو جاتا ہے جو سن بلوغ تک بڑھتی رہتی ہے۔ تحت مصلی عضلی تہ رحم، رباط مستدیر، مبیضی رباط، اور رحمی عجزی شکنوں (utero-sacral folds) میں بیک وقت نمو پاتی ہے۔

بولی تناسلی جوف کا نمو اور بولی اور تناسلی خطوں کا ایک دوسرے سے اور بولی تناسلی جوف سے اتحاد

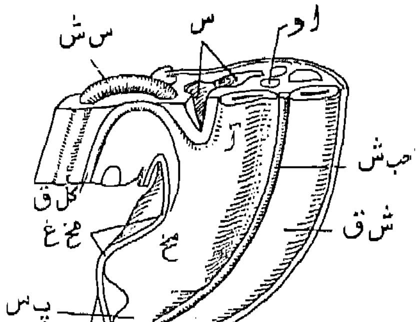
چونکہ بولی تناسلی جوف مخرج (cloaca) سے پیدا ہوتا ہے اس لئے موخر الذکر کا پہلے بیان کرنا ضروری ہے۔

۳ ملی میٹر لمبے جنین میں پس رودہ (hind gut) سے ایک جیب (مخرج: cloaca) طیار ہوتی ہے جو ایک جانب سے دوسری جانب تک چپٹی ہوتی ہے (دیکھو شکل ۶۲۔ مخ)۔ اس میں
اس کی بالائی اور مقدم جانب پر کلمیہ (allantois) کھلتا ہے (دیکھو شکل ۶۲-۶۳ اور ۶۴۔ کل 80
ق)۔ مخرج (cloaca) کی تلبنی دیوار پیٹ کی دیوار کے بروں ادمہ (ectoderm) کے برابر برابر ناف سے لیکر دُم کے ابھار تک پھیل ہوتی ہے، اس لئے بروں ادمہ اور دروں ادمہ یہاں ایک دوسرے سے

تماس ہوتے ہیں۔ ان تہوں سے ایک بطنی حد قائم ہوتی ہے اور مخرجی غشا (cloacal membrane) یا صحفہ (plate) بنتا ہے (دیکھو شکل ۶۲ مخ غ)۔

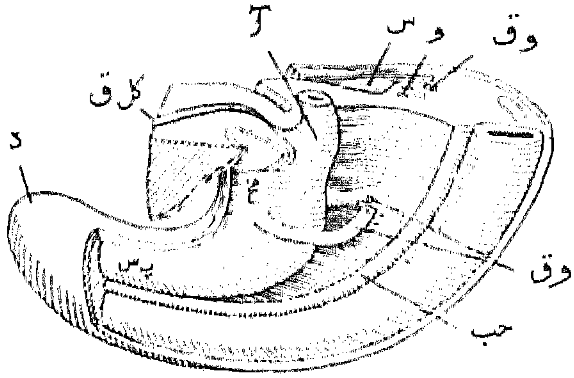
سیلومی کہفہ (cœlomic cavity) نمو کے کافی ابتدائی حصہ میں ایک کھوکھلی مہمیز کی شکل میں نیچے کی طرف کو بڑھتا ہوا کلیبہ (allantois) اور رودہ کے درمیان آنکلتا ہے (دیکھو شکل ۶۲ - ۶۷ اور ۶۸ - س)۔ یہ تنشیب اپنے آگے میان ناہض (mesoblast) کا ایک غلاف لے آتا ہے جو مخرج (cloaca) کے اندر اتر جاتے سے بولی مستقیمی فاصل (urorectal septum) کی شکل اختیار کر لیتا ہے (دیکھو شکل ۶۷ - ب م ف)۔ ازاں بعد مخرجی غشا (cloacal membrane) کے وسطی مستوی میں ایک تنشیب پیدا ہو جاتا ہے جس سے بروں ادمی مخرجی فجوہ (ectodermal cloacal furrow) بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۷ - مخ غ - صفحہ 88)۔

اس درجہ پر ولفی قناتیں مخرج (cloaca) کی بطنی دیوار کے جانبی حصے تک



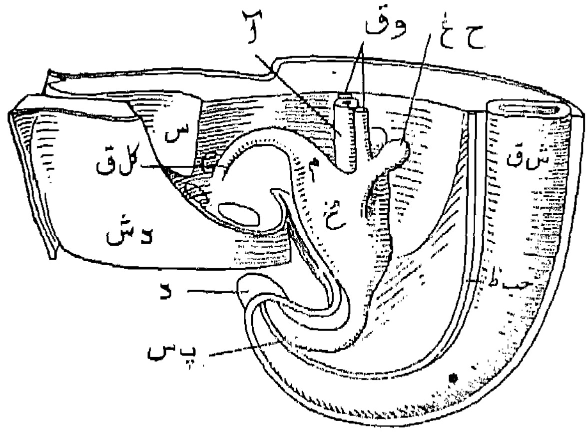
شکل ۶۲ - ۳ ملی میٹر لمبے مضغہ کے مخرجی خطہ کا نمونہ (کیبل کے مطابق)۔ کل ق - کلیبہ (ایلنٹائس) کی قنات - ادم اورطہ - س ش - سری شریان - س - سیلوم - حب ش - حبل شوکی - مخ - مخرج - مخ غ - مخرجی غشا - آ - آنت - ذ س - ذنبی سرا - پ س - پس رودہ - ش ق - شوکی قنال۔

پہنچ جاتی ہیں جو اس لبول پر مستعرضا کشادہ ہو چکتا ہے (دیکھو شکل ۶۳ - و ق)۔ میان ادمی نشیب
(بولی مستقیمی فاصل جو سیلوم سے شروع ہوتا ہے) اسی اثنا میں نیچے کی طرف اترتا جاتا ہے، اور اس وقت
تک مخرجی فضا کو ولفی قناتوں کے فتحوں سے اوپر دو کہفوں پر تقسیم کر چکتا ہے۔ ان میں سے بطنی کہفہ
کلیہ (allantois) کے بلاواسطہ تسلسل میں ہوتا ہے، اور اس سے آئندہ مثانہ طیار ہوتا ہے (شکل
۶۶ - م)۔ اور دوسرا (ظہری) کہفہ پس رودہ (hind gut) سے ربط وراہ رکھتا ہے (دیکھو
شکل ۶۲ - آ)۔ ولفی قناتوں کے فتحے جو مخرج (cloaca) کے بطنی قطعہ میں واقع ہوتے ہیں اس
مقام کو ظاہر کرتے ہیں جہاں مثانہ اور حالبین، بولی تناسلی جوف (sinus urogenitalis)
سے آئندہ متمیز ہوتے ہیں۔ لہٰذا مخرج (cloaca) کے بطنی حصہ کے بالائی جزو میں مثانہ اور حالبین
بن جاتے ہیں، اور زیریں میں بولی تناسلی جوف طیار ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۸ - م - ب ت ج)۔
ولفی قنات کے مخرج تک پہنچنے کے تھوڑی دیر بعد اس کی ظہری دیوار پر اسکے فتحہ کے بالمقابل کلوی
(renal) یا حالبی ارتفاع (ureteric prominence) پیدا ہوتا ہے جو $\frac{1}{2}$ ۶ ملی میٹر لمبے
مضغوں میں (تیسرے یا چوتھے ہفتہ میں) دکھائی دیتا ہے (دیکھو شکل ۶۴ - ح غ)۔ اس کی اہمیت بعد میں 81
ظاہر کی جائے گی۔



شکل ۶۳ - ۲ ملی میٹر لمبے مضغہ کا مخرجی خطہ (کیبل کے مطابق)۔ کل ق - کلیہ کی قنات۔
س - سیلوم۔ حب - حبل۔ مخ - مخرج۔ آ - آنت۔ د - دم۔ پ س - پس رودہ۔
و - ولفی جسم۔ و ق - ولفی قنات۔

ملری قناتیں بولی تناسلی جوف میں ولفی قناتوں کے بعد پہنچتی ہیں۔ اور اس وقفہ کے دوران میں دو اہم نموی عمل ظہور میں آتے ہیں جن میں سے پہلا مثانہ اور مثلث مثانہ کے نمو سے تعلق رکھتا ہے،

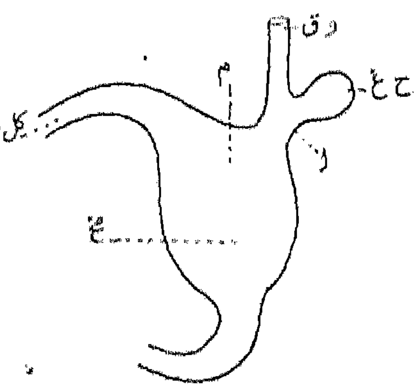


شکل ۶۴۔ ۶،۵ ملی میٹر لمبے مضغہ کے مخرجی خطہ کا نمونہ (کیبل کے مطابق)۔ کل ق۔ کلیہ کی قنات۔ د ش۔ دیوار شکم۔ س۔ سیلوم۔ حب ظ۔ حبل ظہری بیضہ مزج۔ آ۔ آنت۔ م۔ مثانہ۔ ش ق۔ شوکی قنال۔ ح غ۔ حالبی غنچہ۔ د۔ دُم۔ پ س۔ پس رودہ۔ و ق۔ ولفی قناتیں۔

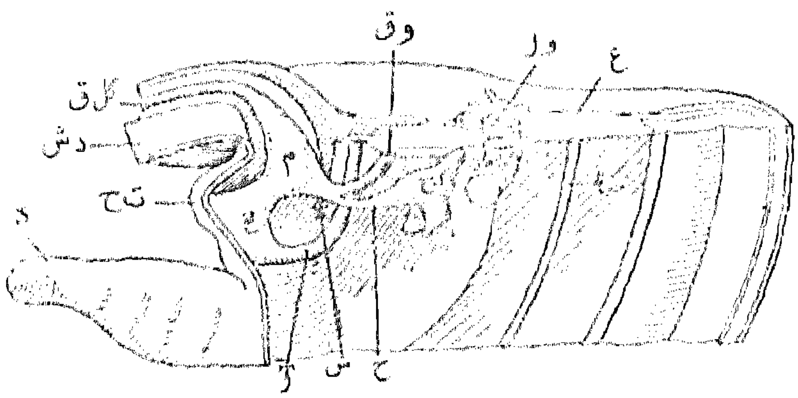
اور دوسرا امعاء کے بولی تناسلی جوف (sinus urogenitalis) سے مکمل طور پر علیحدہ ہونے سے۔ موخر الذکر پر پہلے غور کرنے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بولی مستقیمی فاصل (urorectal septum) کے نیچے کی طرف مسلسل بڑھنے سے بطنی مخرجی قطعہ (بولی تناسلی جوف) ظہری مخرجی قطعہ (معائے مستقیم) سے علیحدہ ہو جاتا ہے۔ انجام کار بولی مستقیمی فاصل مخرجی غشا تک پہنچ جاتا ہے' اور امعاء اور بولی تناسلی جوف ایک دوسرے سے مکمل طور پر علیحدہ ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۶۷۔ مخ غ۔ ب م ف)۔ خارجی تناسلی اعضا کے نمو کے بیان میں اس کا پھر ذکر کیا جائیگا۔

82 یہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے کہ ولفی قنات کے مخرج (cloaca) میں کھلنے سے ذرا پہلے ان سے
کلوی یا حالبی غنچہ (renal or ureteral bud) پیدا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶۴ ح غ)' اور یہی

حالب کی بنیاد ہے۔ ولفی قنات کا وہ حصہ (شکل ۶۵ میں ل) جو اسکے مخرج (cloaca) میں کھلنے کے فتحہ اور حالبی غنچہ (ureteral bud) (نیز دیکھو شکل ۶۴) کے درمیان واقع ہوتا ہے



شکل ۶۵ ولفی قنات کے اس حصہ کو ظاہر کرتی ہے (ل) جس سے مثانہ کی مثلث کا ایک حصہ بنتا ہے۔ کل ق۔ کلیہ کی قنات۔ م۔ مثانہ۔ مخ۔ مخرج۔ ح غ۔ حالبی غنچہ۔ و ق۔ ولفی قنات۔

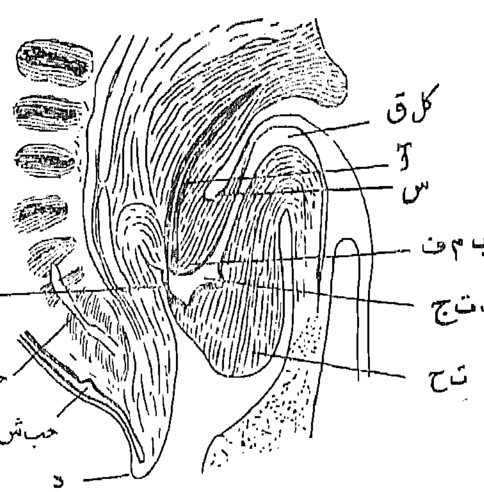


شکل ۶۶۔ ۱۱۱۵ ملی میٹر لمبے مضغہ کے مخرجی خطہ کا نمونہ (کیبل کے مطابق)۔ کل ق۔ کلیہ کی قنات۔ ا و۔ اورطہ۔ د ش۔ دیوار شکم۔ س۔ سلیوم۔ حب ظ۔ حبل ظہری۔ مخ۔ مخرج۔ آ۔ آنت۔ ت ح۔ تناسلی حلیمہ۔ م۔ مثانہ۔ ک ح۔ کلوی حوض۔ ع۔ عصب۔ ی۔ دم۔ ح۔ حالب۔ و ۲۔ ورید اجوف۔ و ق۔ ولفی قنات۔

بتدریج چھوٹا ہوتا جاتا ہے' اور انجام کار مثانہ کی مثلث اور مبال کے ایک حصہ کے بننے میں شریک ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۸ - ۲م)۔

اسی اثنا میں ملری قناتیں بولی تناسلی جوف میں پہنچ چکتی ہیں (دیکھو شکل ۶۸ - م ق) - اور ان کی ظہری دیوار پر ملری ابھار بھی بن چکتا ہے جس کے ذریعہ سے یہ کھلتی ہیں۔ ان کا فتحہ ولفی قناتوں کے 83
فتحہ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔

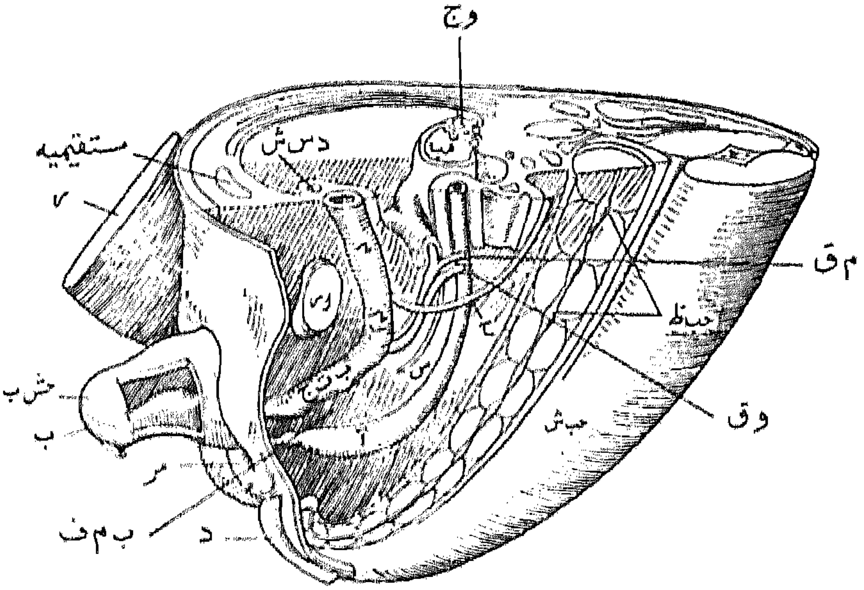
اس وقت آنت (bowel) بولی تناسلی نظام سے بولی مستقیمی فاصل کے ذریعہ سے مکمل طور پر علیحدہ ہو چکتی ہے (دیکھو شکل ۶۷ اور ۶۸) - بطنی مخرجی قطعہ کے بالائی حصہ سے مثانہ اور یوریکس (urachus) بن چکتے ہیں۔ بولی تناسلی جوف اس درجہ پر بہت ہی طویل جیب کی شکل کا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶۷ اور ۶۸ - ب ت ج)۔



شکل ۶۷ - ۱۴ ملی میٹر لمبے مضغہ کی حوضی انتہا میں سے سہمی تراش (کیبل کے مطابق) کل ق - کلیہ کی قنات۔ آ - آنت - حب ظ - حبل ظہری (نوٹوکارڈ) مخ غ - مخرجی غشا - س - سیلوم (ڈگلس کی آئندہ جیب) - ت ح - تناسلی حلیمہ۔ ب م ف - بولی مستقیمی فاصل - ب ت ج - بولی تناسلی جوف - حب ش - حبل شوکی - د - دم۔

تغیرات جو مخرجی غشا میں واقع ہوتے ہیں۔ خارجی تناسلی اعضا کی تکوین کا ذکر

کرنے سے پیشتر مخرجی غشا (cloacal membrane) کے ساتھ جو کچھ ہوتا رہا ہے اُس کا بیان کرنا

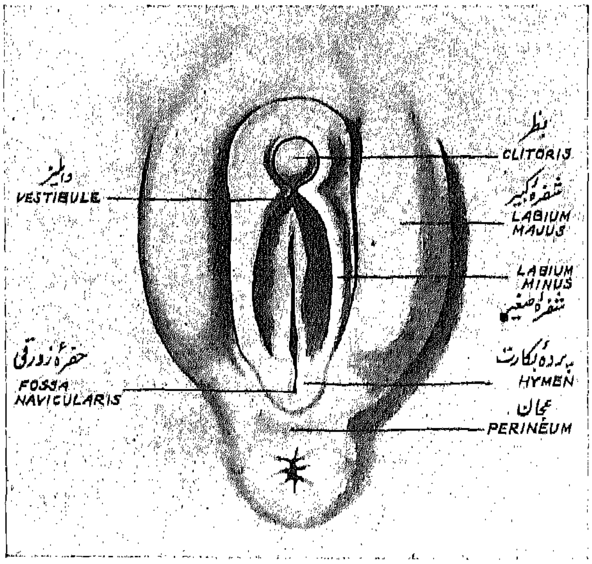


شکل ۶۸ ۔ ۹ء۳ ملی میٹر لمبے انسانی مضغہ کے حوضی خطہ کا نمونہ (کیبل کے مطابق) ۔ میمو میزر ۔ د س ش ۔ دائیں سری شریان ۔ آ ۔ آنت ۔ م ۔ مثانہ ۔ س ۔ سیلوم (ڈگلس کی جیب) ۔ حب ظ ۔ حبل ظہری (نوٹوکارڈ) ۔ ب ۔ بظر ۔ حش ب ۔ حشفہ بظر ۔ م ق ۔ مری قناتات ۔ مب ۔ مبیض ۔ ۲ م ۔ ابتدائی مبال ۔ ب ت ج ۔ بولی تناسلی جوف ۔ ا ر ۔ ارتفاقی ۔ حب ش ۔ حبل شوکی ۔ ح ۔ حالب ۔ ر ۔ ران ۔ د ۔ دم ۔ و ج ۔ ولفی جسم ۔ و ق ۔ ولفی قناتات ۔ ب م ف ۔ بولی مستقیمی فاصل ۔

ضروری ہے ۔

84. وہ غشا جو ناف سے لیکر دم تک پہنچتی تھی اندر کی طرف کو دھکیل جا چکی ہے' اور بافت کے ایک دبیز تودہ سے محصور ہو چکی ہے جس سے اس کی بطنی طرف پر ایک حلیمہ (papilla) بنجاتا ہے (دیکھو شکل ۶۶ اور ۶۷ ۔ ت ح) ۔ یہ حلیمہ جزوی طور پر مخرجی غشا (cloacal membrane) کو پوشیدہ کرتا ہے ۔ مخرجی غشا کسی حد تک تناسلی حلیمہ کے بڑھنے اور کسی حد تک دو جانبی دبیز اورام

(تناسلی شکنوں (genital folds: کے ذریعہ سے گہرائی میں (پیچھے کی طرف) گھس جاتی ہے (دیکھو شکل ۶۷۔ مخ غ)۔ بولی مستقیمی فاصل (urorectal septum) کے غشائی پردہ کے ساتھ متحد ہونے سے موخر الذکر اگلی طرف بولی تناسلی غشا (urogenital membrane) اور



شکل ۶۹۔ خارجی اعضائے تناسل کا نمو (کول مین)۔ حشفۂ بظر تناسلی حلیمہ سے، شفرۂ کبیر تناسلی شکنوں سے، شفرۂ صغیر مبالی لبوں سے، پردۂ بکارت قر کے ابھار سے، اور عجان بولی مستقیمی فاصل سے پیدا ہوتا ہے۔ دہلیز اور حفرۂ زورقی دونوں بولی تناسلی جوف کے آثار ہیں۔

پچھلی طرف مبرزی غشا (anal membrane) میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ قبل الذکر میں شگفتگی پہلے نمودار ہوتی ہے، چنانچہ بولی تناسلی جوف (sinus urogenitalis) باہر کی جانب روده سے پہلے کھل جاتا ہے۔ تناسلی حلیمہ (genital papilla) کا ایک سرا کند اور آزاد ہو جاتا ہے۔ یہی آئندہ کا حشفۂ بظر (glans clitoridis) ہے (دیکھو شکل ۶۸۔ حش ب)۔ اس کی وہ سطح جو بولی تناسلی جوف کے سامنے ہوتی ہے، اس میں ایک فجوہ (furrow) نمودار ہو جاتا ہے، اور اس کے

دو جانبی کنارے ہوتے ہیں۔ ان کناروں کے درمیان جو میزاب ہوتا ہے اس کا استر سر حلمہ کا ہوتا ہے اور یہی مبالی میزاب بن جاتا ہے، اور کنارے خود مبالی لب بن جاتے ہیں۔

تناسلی شکنوں سے شفرتین کبیر (labia majora) نمو پاتے ہیں، اور مبالی لب شفرتین صغیر بن جاتے ہیں (دیکھو شکل ۶۹)۔ بولی تناسلی جوف کا طول بتدریج کم ہوتا جاتا ہے لیکن اس کا بالائی حصہ (یعنی وہ حصہ جو حالبی فتحہ اور ظری ابھار کے درمیان واقع ہوتا ہے) کافی دور تک چلا جاتا ہے (دیکھو شکل ۷۰۔ مبال)۔ یہ بولی تناسلی جوف کے اس حصہ کو ایک مستدیر قیفو ایک قربی حصہ یعنی مثلث (trigone) اور ایک بعدی حصہ یعنی مبال (urethra) میں تقسیم کردیتا ہے۔ بولی تناسلی جوف کے زیریں حصہ کے طول میں تخفیف ہونے اور قنال کے اس حصہ کے عرض میں بتدریج زیادتی ہونے سے ظری ابھار اوپر کی طرف ہٹتا جاتا ہے، اور آخر کار ایک چھوٹی سی چوڑی جیب کی تہ میں پہنچ جاتا ہے۔ ظری ارتفاع (Müller's prominence) کے سر حلمہ سے پردۂ بکارت نمو پاتا ہے۔ اور وہ چھوٹی سی جیب جو بولی تناسلی جوف کے بقیہ حصوں میں سے نیچے کی طرف اب اکیلی باقی رہ گئی ہے دہلیز (vestibule) اور حفرۂ زورقی (fossa navicularis) بن جاتی ہے۔ 85

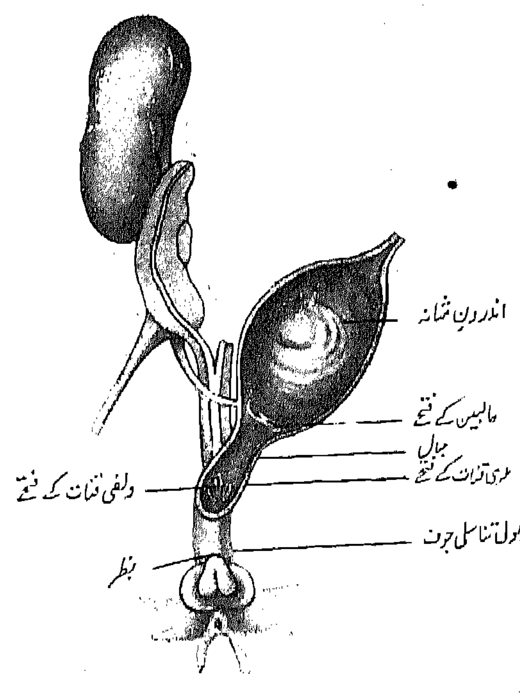
قبل الذکر نوزائیدہ بچوں میں بالغوں کی نسبت زیادہ گہری ہوتی ہے۔ بولی مستقیمی فاصل (septum urorectale) چوڑا ہو جاتا ہے اور اس سے عجانی جسم اور عجان بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۹)۔

رباطات۔ نمو کے ایک خاص درجہ پر جنین کی موخر شکمی دیوار پر ایک طویل ولفی جسم پایا جاتا ہے، جو ذنبی اور جمجمی سروں کی طرف پتلا ہوتا جاتا ہے (دیکھو شکل ۵۸۔ م گ)۔ اس کی اندرونی طرف بیض واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۸۔ ت غ)۔ اور اس کی جانبی طرف تناسلی شکن پر ولفی اور ظری قناتیں ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۵۸۔ د ق۔ م ق)۔ ولفی جسم کے راسی اور ذنبی دونوں سروں سے ایک شکن پیدا ہوتا ہے۔ قبل الذکر ڈایا فرامی میان گردی تثنیہ (plica diaphragmatica mesonephrica) ہے (دیکھو شکل ۵۸۔ ڈم گ ث) جو بیض کا تعلیقی رباط (suspensory ligament) یا قمعی حوضی شکن (infundibulo-pelvic fold) بن جاتا ہے۔ موخر الذکر اربی میان گردی تثنیہ (plica inguino-mesonephrica) ہے جس کا بالائی حصہ

---

[1] بیری ہارٹ (Berry Heart) اور کیتھ (Keith) کا یہ خیال ہے کہ پردۂ بکارت ولفی قناتوں کی سفلی انتہا سے نمو پاتا ہے۔

مبیض کا حقیقی رباط (ligamentum ovarii proprium) دیکھو شکل ۵۸۔ م گ ش، ذ ح) اور زیریں حصہ مستدیر رباط (ligamentum rotundum) (دیکھو شکل ۵۸۔ م گ ش، جسم ح) بن جاتا ہے۔ ولفی اور ملری قناتیں ہر ایک طرف بولی تناسلی شکن میں واقع ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۵۷۔ ب ت ش)۔ مذکورہ دونوں شکن مل جاتے ہیں اور ولفی جسم کے زیریں قطب کے بیول پر ایک مستعرض فاصل تیار ہو جاتا ہے۔ اربی میاں گردی ثنیہ (plica inguino-mesonephrica) بولی تناسلی شکن (urogenital fold) کو عبور کرتا ہے (دیکھو شکل ۵۸)۔



شکل ۷۰۔ (مارٹس کی "اناٹمی" سے۔) یہاں جو بولی تناسلی جوف دکھائی دیتا ہے وہ انجام کار چھوٹا ہو جاتا ہے، اور اس سے دہلیز بنجاتی ہے۔

86 ان کے مقام تقاطع سے اوپر کا حصہ مبیضی حقیقی رباط (ovarian ligament proper) (دیکھو شکل ۵۸۔ م ح س) اور نیچے کا حصہ مستدیر رباط (round ligament) (دیکھو شکل ۵۸۔ س س).

بن جاتا ہے۔ بولی تناسلی ثنیتوں کے خارجی حصوں سے رباطات عریض نمو پاتے ہیں، اور انکا اندرونی حصہ ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) بن جاتا ہے جس میں دلفی قناتوں اور ولفی جسم کے آثار بربیض (ephoöphoron) اور جانبی مبیض (دیکھو شکل ۵۸۔ ب م ت۔ ب ط ق۔ ج م) اور گیبرٹنر کی قنات (Gaertner's duct) کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔

جنینی شکنوں یا رباطوں کے محل وقوع کی تبدیلی کا حوالہ ہم پہلے بھی دے چکے ہیں لیکن ایک اور موضوع بھی ہے جس کی طرف انجام کار توجہ مبذول کرنا ضروری ہے۔ جنین کے نمو کے دوران میں تناسلی غدہ (genital gland) (مبیض) معہ اپنے رباطوں کے نیچے کی طرف اتر جاتا ہے اس کی پیدائش قطنی خطہ (lumbar region) میں فقری عمود کے اطراف پر ہوتی ہے لیکن درون رحمی زندگی کے آخری ہفتوں میں یہ حرقفی حفرہ (iliac fossa) میں آجاتا ہے، اور پوری میعاد کے جنین میں یہ حوضی کگر کے عین اوپر پایا جاتا ہے۔ سن بلوغ سے کچھ عرصہ قبل مبیض اپنی آخری جگہ حاصل کرنے کیلئے حقیقی حوض میں اتر آتا ہے۔

مندرجہ ذیل نقشہ جنینی اور بالغ بافتوں کے درمیانی تعلقات کو ظاہر کرتا ہے (دیکھو شکل ۵۸)۔

نمو نایافتہ درجہ	نمو یافتہ درجہ
صنفی غدہ (مولدہ (gonad))۔	مبیض۔
میاں گردہ یا ولفی جسم۔	بربیض یا جار المبیض۔ جانبی مبیض (مرد میں بربخ اور نزد بربخ)۔
ولفی قنات۔	گیبرٹنر کی قنات (مرد میں قنات ناقلہ)۔
طری قنات (مرد میں خصیہ کا کیسہ)۔	فلوپی نلی، رحمی مہبلی قنال۔
طری ابھار۔	پردۂ بکارت اور دہنۂ مہبل۔
اربی میاں گردی ثنیہ (جسمی حصہ)۔	مبیض کا حقیقی رباط (مرد میں حاکمہ)۔
ڈایافرامی میاں گردی ثنیہ (ذنبی حصہ)۔	مبیض کا تعلیقی رباط (قمعی حوضی شکن)۔
بولی تناسلی ثنیہ۔	عریض رباطات، ماساریقائے انبوبہ۔
بولی تناسلی جوف۔	دہلیز فرج اور زورقی حفرہ۔

جنین کے نمو کے کسی مرحلہ پر بھی مبیض کا نزول موقوف ہو سکتا ہے۔ ایسے مبیض کو

بے محل (misplaced) مبیض کہا جاتا ہے۔ اسی قسم کی بے محلی اعضائے تناسل کے دیگر نموی اغلاط کے ساتھ عموماً پائی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 160)۔

حصہ اول ۔ باب دوم

فعلیات

پستانیوں کا صنفی دور

(THE MAMMALIAN SEXUAL CYCLE)

87 ان فعلیاتی مظاہر کے سمجھنے کے لئے جن پر زنانہ صنفی اعضا کی وظیفی فعالیت کا انحصار ہے، تقابلی فعلیات، اور پستانیوں کے خاندان کے دیگر ارکان کے تولیدی اعمال کا کسی قدر ذکر کرنا ضروری ہے۔ ہلیئر (Hillier) نے حال ہی میں یہ کہا ہے کہ جہاں تک ہمیں علم ہے، "جسم انسان کی ترکیب میں کوئی ایسے ضروری یا مخصوص ممیز خواص موجود نہیں جن کی وجہ سے یہ کسی دوسرے حیوان سے مختلف ہو۔ لہٰذا کسی حیوان کا بھی مطالعہ کرنے سے ہمیں اپنے اور دیگر حیوانات کے متعلق کچھ نہ کچھ معلومات حاصل ہو سکتی ہیں۔" یہ بیان تولیدی نسل کی تفصیلات پر خاص طور پر صادق آتا ہے۔ اور حیوانات کی صنفی فعالیات کے عمیق مطالعہ اور حیاتی کیمیا کی تحقیقات کی مدد سے اُن اساسی اصولوں کے قائم کرنے میں بہت کچھ مدد ملی ہے جن پر عورت کے صنفی اعضا کی فعالیت کا انحصار ہے۔

حیوانات کی دنیا میں صنفی اعضا کے فعلیاتی وظائف میں، ادنیٰ اور اعلیٰ دونوں قسموں کے عضویوں کی اکثریت میں، ایک معین دوری اسلوب یا توازن پایا جاتا ہے۔ صنفی فعالیت اور صنفی سکون کے زمانے باقاعدہ وقفوں پر رونما ہوتے ہیں۔ ان زمانوں کے طول اور ان کے باہمی تناسب میں سکون اور فعالیت کی حالتوں میں مختلف حیوانات میں بہت کچھ اختلاف پایا جاتا ہے۔ اور ماحول کے عوامل مثلاً تانیس (پالتو بنانا) اور تغذیہ اور انتخابی افزائش نسل سے بعض انواع میں

فطری توازن (natural rhythm) پر مستند یہ اثر پڑتا ہے۔

سال کا وہ حصہ جس میں پستانیوں کے تولیدی نظام کی فعلیاتی فعالیت رونما ہوتی ہے "تناسلی زمانہ" (sexual season) کہلاتا ہے (ہیپ :Heape)۔ اور بقیہ حصہ میں تناسلی اعضا غیر فعال یا حالت سکون میں رہتے ہیں۔ مادہ اپنے تناسلی زمانہ میں جو جنگلی زندگی میں سال میں صرف ایک مرتبہ آتا ہے صنفی فعالیت کے دوروں کے ایک سلسلہ میں سے گذرتی ہے۔ یہ زمانے جو تناسلی موسم میں یکے بعد دیگرے نمودار ہوتے ہیں "شبقی دور" (oestrus cycle) پر مشتمل ہیں۔ ہیپ (Heap) نے اس زمانہ کو چار حصوں میں تقسیم کیا ہے :-

(۱) غیر شبقی زمانہ (anœstrum) یا زمانہ سکون۔

(۲) پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) (مستی کا زمانہ) یا مبیض اور دروں رحمہ کی وظیفی فعالیت اور بالیدگی کا زمانہ۔

(۳) شبقی زمانہ (œstrum) (جفتی کا زمانہ) یا وہ زمانہ جب کہ اخصاب وقوع میں آتا ہے۔

(۴) (ا) حمل یا (ب) کاذب حمل (بدل حمل :progestation)۔

غیر شبقی زمانہ (anœstrum) میں رحم ایک غیر فعال حالت میں ہوتا ہے۔ دروں رحمی غدد چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں اور یہ عضو نسبتاً عدیم الدم ہوتا ہے۔ جہاں تک گرافی جرابوں کا تعلق ہے مبیضین بھی وظیفی طور پر غیر فعال ہوتے ہیں۔ یہ زمانہ جرابوں کے بتدریج بڑھنے اور نمو پانے کا ہے جو اس وقت تک فعلیاتی طور پر فعال نہیں ہوتے جب تک کہ اس کے بعد پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) شروع نہیں ہو جاتا۔

88 پیش شبقی زمانہ کی ابتدا میں جو بیطاری حلقوں میں "گرمانے" کے نام سے مشہور ہے صنفی غدد کی فعالیت شروع ہو جاتی ہے۔ جو گرافی جراب پختہ ہو جاتے ہیں وہ جیوان کے مبیض کی سطح پر ابھر آتے ہیں، اور چھوٹے چھوٹے تنیدہ دویروں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں جو جرابی سیال (liquor folliculi) سے متمدد ہوتے ہیں۔ گرافی جراب کے نمو اور اس کی پختگی کے ساتھ ساتھ دروں رحمہ (endometrium) میں افزائش بالیدگی اور عرقیت کے نشانات پائے جاتے ہیں۔ اس کی دو خصوصیتیں بالخصوص قابل ذکر ہیں، یعنی جسمی دروں رحمہ کی غدی فعالیت، اور ہیکل (stroma) کے سطحی خلیوں کے درمیان خون کی دریزش سے پختہ غدد میں سے افراز نکل کر کہفہ رحم میں

بہ آتا ہے، اور دروں رحم کا انسلا اتنا بڑھ جاتا ہے کہ اس کی وجہ سے نہ صرف غدد ہی بعض اوقات منشق ہوجاتے ہیں، اور سرخ خلیے ان کے درونہ میں نکل آتے ہیں بلکہ بعض حیوانات مثلاً کتیا میں اسکی سطح بھی کسی قدر پھٹ جاتی ہے، اور اگر ایسا ہوجائے تو بہت سے مہبل ذرا سا سیلانِ خون بھی واقع ہوجاتا ہے۔

بہر کیف اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ اگرچہ پیش شبقی زمانہ (pro-oestrum) میں دروں رحم میں کثرتِ عائیت پائی جاتی ہے مگر پستانیوں کی صرف چند قسمیں ہی ایسی ہیں جن میں انسلا اتنا انتہائی ہوتا ہے کہ تناسلی خطہ میں سے خارجی نزف واقع ہوجاتا ہے۔

جو مظہر زیادہ کثرت کے ساتھ دیکھنے میں آتا ہے وہ رحمی غدد کا مفرط افراز ہے، اور بعض قسموں میں مہبل کی سطحی قرنیت یافتہ خلیوں کا خفیف سا انقشار بغیر کسی خارجی نزف کے واقع ہوجاتا ہے۔ سٹاکارڈ (Stockard) اور پیپینیکولا (Papanicolaou) نے قوارض (rodents) کے تناسلی دور پر تحقیقات کرنے کے دوران میں ان قرنیت دار خلیوں کے مہبل کے اندر کے افراز میں موجود ہونے کو مستقلانہ کے ثبوت کے طور پر استعمال کیا ہے۔ پیش شبقی زمانہ (pro-oestrum) بالعموم حمل کی تیاری کا زمانہ تصور کیا جاتا ہے، اور اگر اس تعلق کو مدنظر رکھا جائے جو دروں رحم کے مواد اور اسکی وظیفی فعالیت کو گرافی جراب کی تبیض اور اس کے فعل سے ہے تو اس امر میں کچھ شبہ بھی نہیں ہوسکتا۔

پیش شبقی زمانہ (pro-oestrum) کے فوراً بعد شبقی زمانہ (Estrus) (یونانی "گھوڑ مکھی") شروع ہوجاتا ہے جو اکثر پستانیوں میں مقاربت کا زمانہ ہے۔ لیکن ایک پستانیوں میں (سب میں نہیں) یہ زمانہ تناسلی دور کے اس وقت کو ظاہر کرتا ہے جب کہ جراب میں شگفتگی واقع ہوتی ہے، اور بیضہ آزاد ہوجاتا ہے، اور سیالی جراب خارج ہوجاتا ہے۔

شبقی زمانہ (جفتی کا زمانہ) چند گھنٹوں سے لیکر (جیسا کہ چوہیا میں) ایک ہفتہ تک (جیسا کہ کتیا میں) رہتا ہے۔ یہ معلوم کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ جفتی کا زمانہ ان حیوانات میں جن میں پیش شبقی زمانہ میں دروں رحم سیدھا نہیں ہوتا دوسرے حیوانات (مثلاً کتیا) کے مقابلہ میں جن میں بافت کی بازتکوین (regeneration) ضروری ہوتی ہے، نسبتاً قلیل ہوتا ہے۔ شبقی زمانہ (oestrus) میں رحمی غدد کی فعالیت جاری رہتی ہے، اور بعض دفعہ رحم میں بہت سا افراز موجود ہوتا ہے۔ اس حالت میں قرنیت یافتہ خلیات کی جگہ افراز مہبل میں بہت سے خلیات آبیض نمودار ہوجاتے ہیں، دو قبل الذکر میں متخالفانہ تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ مہبل کے افراز میں خلیات آبیض کی اس موجودگی سے تجربات کے دوران میں یہ معلوم کرنے کے لئے استفادہ کیا جاتا ہے کہ پیش شبقی زمانہ کب ختم ہوا اور شبقی زمانہ

کب شروع ہوا۔

اگر اخصاب واقع نہ ہو تو بدل الحمل تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جو اپنی لازمی تشریحی تفصیلات میں، جہاں تک مبیض، رحم، اور پستانی غدد کا تعلق ہے صادق حمل کی حالت سے مشابہت رکھتے ہیں۔ ان میں جو اختلاف پایا جاتا ہے وہ صرف درجہ کا ہے۔ اس حالت کو "کاذب حمل" (pseudo-pregnancy) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، اور کارنر (Corner) نے حال ہی میں اس کو "بدل حمل" (Progestation) کا نام دیا ہے۔

مبیض میں جسم اصفر جو منشق گرافی جراب میں پیدا ہوتا ہے کاذب حمل کے دوران میں شروع سے لیکر اخیر تک برقرار رہتا ہے، اور اس کے اختتام پر اس میں انحطاط واقع ہو جاتا ہے، اور اس کی رنگت ایک لپائڈ "لیوٹین" (lutein) کے پیدا ہونے سے زرد ہو جاتی ہے جس لئے اسکو جسم اصفر کہتے ہیں۔ کاذب حمل کے دوران میں رحم میں کثرت عرقیت پائی جاتی ہے، اور دروں رحمہ بلحاظ ہیکل و غدد بیش پرورده ہو جاتا ہے۔ یہ بیش پرورده بافت بالقوہ ریزینہ (potential decidua) تصور کی جاتی ہے، اور رحمی غدد کا افراز، جو بعض انواع مثلاً حاملہ کھُر دار جانوروں میں بافراط پایا جاتا ہے اور "لبن الرحم" (uterine milk) کے نام سے موسوم ہے، اخصاب یافتہ بیضہ کے لئے اس کے مکمل طور پر مدفون ہونے سے پیشتر اس کے تغذیہ کے امکانی ماخذ کا کام دیتا ہے۔

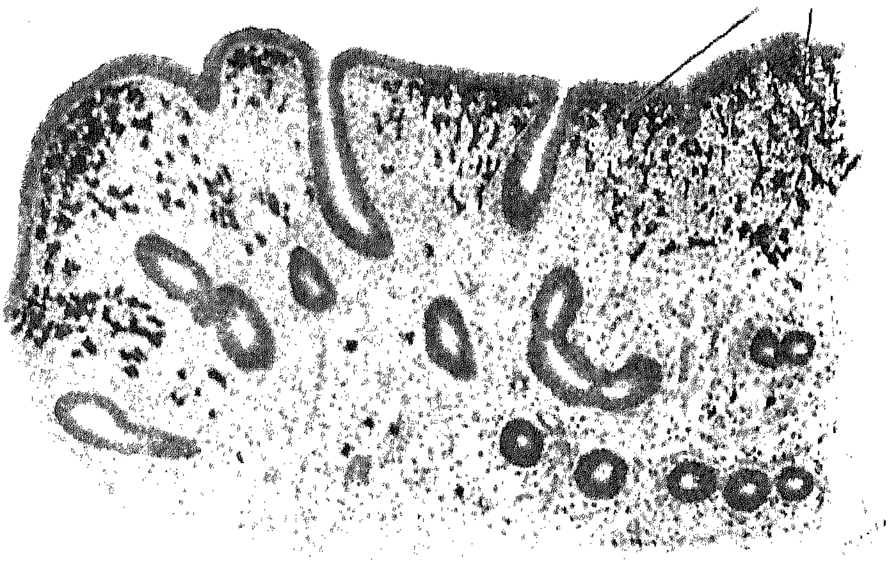
کاذب حمل کے اختتام پر جس کی حقیقی میعاد مختلف حیوانات میں مختلف ہوتی ہے، التفاف (involution) کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو دروں رحمہ کے انحطاط سے، اور بعض مثالوں میں ایک واضح تنخر سے جس کے ساتھ نزف بھی پایا جاتا ہے ممیز ہے۔ کتیا میں اس درجہ پر جب کہ دروں رحمہ کی ساختوں میں جریان خون واقع ہوتا ہے کوئی خارجی نزف واقع نہیں ہوتا۔ دوسرے حیوانات مثلاً گائے میں ایک واضح بعد شبقی نزف واقع ہوتا ہے جس سے نام نہاد "حیضی تھکا" (menstrual clot) بن جاتا ہے۔ ہیمنڈ (Hammond) نے اس کے متعلق یہ خیال ظاہر کیا ہے کہ قلیل المدت کاذب حمل کے اختتام کا متناظر ہے۔ جب کاذب حمل قلیل المدت ہوتا ہے تو یہ بآسانی سمجھ میں آجائے گا کہ نزف اُس بافتی تنخر کا جو اس کے اختتام پر واقع ہوتا ہے ایک نمایاں خاصہ ہوگا کیونکہ کاذب ریزینہ (pseudo-decidua) کی حالت جنینی ہوتی ہے۔

بنابریں ہم اس اہم نتیجہ پر پہنچتے ہیں کہ پستانیوں (mammalia) کی مختلف انواع میں تناسلی خطہ سے نزف، تناسلی دور کے مندرجہ ذیل اوقات پر واقع ہوسکتا ہے، اور واقع

ہونا بھی ہے ؛۔

(۱) پیش شبقی زمانہ (pro-oestrum) میں درون رحمہ کے مقامی امتلاء کے نتیجہ کے طور پر اِس فعلیاتی حالت کی وجہ سے، مثلاً کتیا میں ۔

(۲) کاذب حمل یا بدل حمل (progestation) کے اختتام پر کاذب دریزینہ (false decidua) کے انحطاط اور تنخر کے نتیجہ کے طور پر، مثلاً گائے میں ۔



شکل ۱۱ ۔ بھیڑ کے درون رحمہ کی تراشش جو دریختہ خون سے پیدا شدہ دھبا لون کو ظاہر کرتی ہے۔ (مارشل سے)

حیوانات کی دوسری قسموں مثلاً بھیڑ، مادہ سوّر، گھوڑی اور مختلف قوارض (rodents) میں کیفیۂ رحم میں، پیش شبقی زمانہ کے امتلاء کے درجہ میں، اور کاذب حمل کے اختتام پر کے اتفاقات 90
کے دوران میں بھی نطفاً کوئی نزف واقع نہیں ہوتا (دیکھو شکل ۱۱)۔

تولیدی افعال کو مدنظر رکھتے ہوئے پستانیوں کو طبعی طور پر دو ممیز گروہوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے ؛۔

(ا) وہ پستانیے جن میں تناسلی موسم میں صرف ایک مکمل شبقی دور (œstrus cycle) پایا جاتا ہے۔ یہ "یک شبقی قسم" (monœstrus type) سے تعلق رکھتے ہیں۔

(ب) وہ پستانیے جن میں تناسلی موسم میں چھوٹے چھوٹے شبقی دور باقاعدہ وقفوں پر بار بار پائے جاتے ہیں۔ یہ "کثیر شبقی قسم" (polyœstrus type) سے تعلق رکھتے ہیں۔

یک شبقی (monœstrus) پستانیہ کی مثال کتیا ہے جس کے ایک سال میں دو تناسلی موسم ہوتے ہیں، یعنی بہار اور خزاں۔ کتیا کے اس سادہ دور کو یوں بیان کیا جاسکتا ہے:—

یک شبقی (کتیا)۔

غیر شبقی زمانہ . . .	۳ ماہ ۔ یہ جراب کے نمو سے ممیز ہوتا ہے۔
پیش شبقی زمانہ . . .	۱۰ تا ۱۴ دن ۔ یہ دروں رحمہ کی غدی فعالیت اور اسکے امتلا سے ممیز ہوتا ہے۔
شبقی زمانہ . . .	۷ دن ۔ یہ تبویض اور دروں رحمہ کی افرازی فعالیت سے ممیز ہوتا ہے۔
کاذب حمل کا زمانہ . . .	۴ تا ۵ ہفتہ ۔ یہ جسم اصفر اور دروں رحمہ کے مزید نمو سے ممیز ہوتا ہے۔
التفاف کا زمانہ . . .	۷ دن ۔ یہ جسم اصفر کے انحطاط اور دروں رحمہ کے تنخز سے ممیز ہوتا ہے۔

کثیر شبقی (polyœstrus) حیوانات میں انفرادی شبقی دور کی قسم اور مدت میں بہت کچھ اختلاف پایا جاتا ہے۔

عام طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ کثیر شبقی قسم کا تناسلی دور یک شبقی قسم سے مندرجہ ذیل امور میں مختلف ہوتا ہے:—

(ا) غیر شبقی زمانہ (anœstrum) بعض اوقات موجود نہیں ہوتا، جیسا کہ اعلیٰ حیوانات (primates) میں۔

(ب) پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) قلیل ہوتا ہے، اور یہ تقریباً تمام قسموں میں صرف دروں رحمہ کے امتلا اور رحمی غدد کی افزودہ فعالیت سے ممیز ہوتا ہے، مگر کوئی خارجی نزف واقع نہیں ہوتا۔

(ج) شبقی زمانہ (œstrus) بہت قلیل المدت ہوتا ہے' اور بعض اوقات صرف چند گھنٹہ تک ہی رہتا ہے جیسا کہ بھیڑ اور گائے میں۔

(د) کاذب حمل کا زمانہ بھی مختصر ہوتا ہے۔ اور اس کے اختتام پر بعض اقسام میں خارجی نزف واقع ہوتا ہے' جیسا کہ ہم پہلے گائے کی مثال دے چکے ہیں۔ کثیر شبقی (polyœstrus) حیوانات میں کاذب حمل کے مختصر زمانہ یا قلیل المدت متوالی دوروں کے درمیان کے وقفہ کو ہیپ (Heape) نے سکون کا تخفیف یافتہ زمانہ تصور کیا ہے' اور اس نے اس کا نام "بین شبقی زمانہ" (diœstrum) رکھا تھا۔

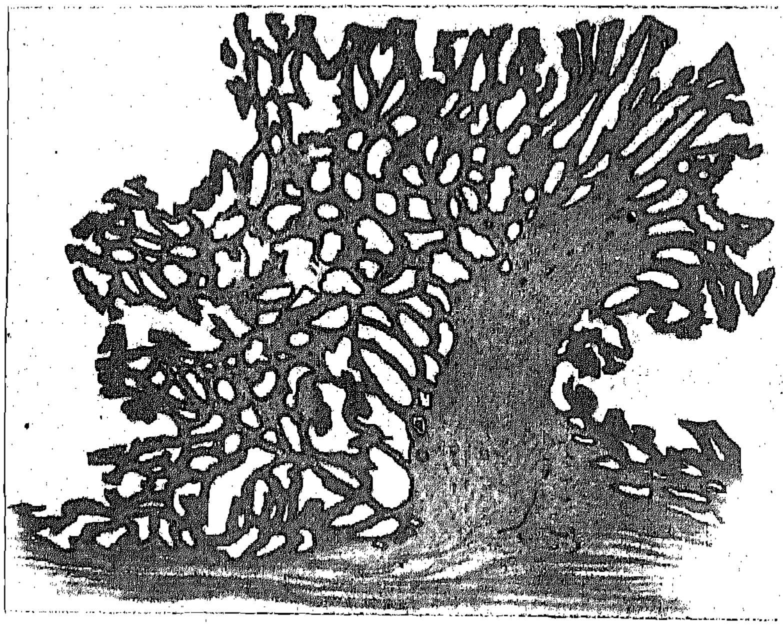
اسی اصطلاح کو برقرار رکھتے ہوئے ہیپ (Heape) نے کثیر شبقی پستانیوں کے چھوٹے تناسلی دور کو "دو شبقی دور" (Diœstrus Cycle) کے نام سے موسوم کیا ہے۔

اگرچہ بعض جنگلی جانوروں میں' اور خاص کر قوارض (rodents) میں کثیر شبقی حالت طبعی طور پر دیکھنے میں آتی ہے' مگر یہ امر قابل ذکر ہے کہ پالتو جانوروں کی بہت سی قسموں میں یہ انتخابی تولید (selective breeding)' متغیر تغذیہ اور تبدیل شدہ ماحول کا بلا واسطہ نتیجہ معلوم ہوتی ہے۔ مارشل (Marshall) نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ گو جنگلی بھیڑ یک شبقی (monœstrus) ہے مگر سکاٹ لینڈ کی سیاہ منہ والی بھیڑ کے تناسلی موسم میں وہاں کے کوہستانی علاقوں میں دو دو شبقی دور (diœstrus cycles) ہوتے ہیں۔ اسی نسل کے دور سکاٹ لینڈ کے نشیب علاقوں میں بہتر صورت حالات کے تحت پانچ یا چھ تک پہنچ جاتے ہیں۔ بخلاف اس کے مختلف انگلستانی نسلوں مثلاً ڈراسٹ شائر کی بھیڑوں میں تناسلی موسموں کے تعدد کی وجہ سے اور بھی زیادہ
تولیدی فعالیت پائی جاتی ہے' اور یہ ایک سال میں دو مرتبہ بچے دیتی ہیں۔ نیو ساؤتھ ویلز کی مرینو 91
بھیڑوں (Merinos) میں دو شبقی دور سال بھر میں یکے بعد دیگرے متواتر نمودار ہوتے ہیں' اور غیر شبقی زمانہ (anœstrum) قطعاً موجود نہیں ہوتا۔ یہ ظاہر ہے کہ اس انتہائی دوری فعالیت کا مقصد حمل کے امکان کو بڑھانا اور اس طرح انواع کی بار آوری کو ترقی دینا ہے۔

تناسلی دوروں کا اس قسم کا مصنوعی ازدیاد پالتو مرغیوں کی مختلف قسموں اور جنسیاتی طرح میں دیکھنے میں آتا ہے جو ہر روز انڈا دیتی ہیں۔ اس کثرت سے انڈے حاصل کرنا تناسلی توازن کے تجرباتی اختلاف کا تجارتی اغراض کے لئے سائنٹفک استعمال ہے۔

یک شبقی قسم سے کثیر شبقی قسم کا مصنوعی طور پر پیدا کر لینا ماہر امراض النسا کیلئے تقابلی

فعلیات کا ایک دلچسپ اور اہم پہلو ہے، اور اس کا عمیق مطالعہ کرنے کی ضرورت ہے۔ بومانٹ (Beaumont)، ڈاڈس (Dodds) اور دوسرے محققین نے حال ہی میں یہ ثابت کیا ہے کہ بعض غذائیں مثلاً گیہوں، مٹر اور کاہو (lettuce) تولیدی فعل پر ایک اہم اثر رکھتے ہیں۔ ان غذاؤں میں حیاتین (vitamins) ہوتے ہیں، جن کو غذا سے خارج کر دینے سے حاملہ جانوروں (مادہ چوہوں) میں اسقاط واقع ہو جاتا ہے۔ یہ ایک عجیب اتفاق ہے کہ صحرائے لیبیا کے خشک خطوں میں بھیڑوں کے



شکل ۴۲ ۔ خرگوش کے دروں رحم (endometrium) کی تراشش عقیم مقاربت سے نو دن بعد۔ "کاذب حمل" (مصنوعی ریزینہ) کی حالت دکھائی دے رہی ہے۔ غدد بخوبی نمو یافتہ ہیں (ہیمنڈ اور مارشل)۔

گاؤں کو جو غذا زیادہ تر میسر آتی ہے وہ "الفالفا" (Alfalfa) ہے جس میں حیاتین س (vitamin E) خاص طور پر افراط سے ہوتا ہے۔ یہ حیاتین تولیدی حیاتین کہلاتا ہے۔

کثیر شبقی (polyœstrus) حیوانات میں سے اکثر میں تبویض (ovulation) شبقی زمانہ کے

دوران میں یا اس سے ذرا دیر بعد واقع ہوتی ہے۔ حیوانات کی چند قسموں مثلاً خرگوش اور بلی میں پیش شبقی (pro-œstrum) اور شبقی (œstrus) زمانے بظاہر متحد ہوتے ہیں اور گرافی جراب کا انشقاق مقاربت سے صرف چند گھنٹے بعد واقع ہوتا ہے۔ اگر مقاربت واقع نہ ہو تو بیضہ آزاد نہیں ہوتا اور جسم اصفر نہیں بنتا۔ ان صورتِ حالات میں کاذب حمل نہیں پایا جاتا اور شبقی طویل زمانہ غیر محسوس طور پر غیر شبقی زمانہ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ بیض کے غیر منشق جراب بے انقعاب ہو جاتے ہیں اور ان میں انحطاط پیدا ہو جاتا ہے جس سے ان کہفوں میں نزف بھی واقع ہو جاتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر کسی قنات بریدہ 92
(vasectomised) نر سے مقاربت عمل میں آئے تو منشق جراب سے جسم اصفر پیدا ہو جاتا ہے اور رحم میں وہ فعالیت دیکھنے میں آتی ہے جو کاذب حمل کا امتیازی خاصہ ہے (دیکھو صفحہ 72)۔

اعلیٰ حیوانات (primates) میں تولیدی دور میں مزید ترقی پائی جاتی ہے، حتیٰ کہ جنس "انسان" (homo) میں اس قدر پیچیدگی پیدا ہو گئی ہے کہ ان تفلیاتی امور کی توجیہ و توضیح میں جو اس سریری مظہر کے ساتھ ظاہر ہوتے ہیں کچھ دقت پیش آتی ہے۔ عورت اور مادہ بندر دونوں کی تناسلی زندگی بلوغ سے لیکر انقطاع الطمث تک چھوٹے چھوٹے شبقی دوروں کے ایک سلسلہ پر مشتمل ہوتی ہے جس میں یہ ہمیشہ پے در پے نمودار ہوتے ہیں۔ ان میں غیر شبقی زمانہ (anœstrum) موجود نہیں ہوتا۔ اور یہ دور، جن کے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ ہیپ (Heape) کے دو شبقی دوروں (Diœstrus Cycles) کے متناظر ہیں، متوالی اور مسلسل ہوتے ہیں۔ ہر ایک "زمانہ" (period) دوسرے کثیر شبقی حیوانات کی طرح پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) شبقی زمانہ اور کاذب حمل (بدل حمل۔ بین شبقی زمانہ۔ بعد شبقی زمانہ :metœstrum) پر مشتمل ہوتا ہے اور یہ تقریباً ایک قمری مہینہ میں تمام ہوتا ہے۔

اگرچہ بندروں میں اس قسم کے دور مسلسل دیکھنے میں آتے ہیں، مگر یہ معلوم کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ تولید بعض زمانوں تک ہی محدود ہوتی ہے۔ لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ پستانیوں میں بار آور تبویض کو پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) سے ضرور ایک علیحدہ مظہر تصور کرنا چاہیئے۔ کارنر (Corner) نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ بعض بندروں میں جن میں تبویض واقع نہیں ہوئی تھی اور اس لئے جسم اصفر اور حمل کاذب بھی موجود نہیں تھے دروں رحم کی حیضی بیش دمویت (menstrual hyperæmia) کسی قدر تنخر کے ساتھ پائی جاتی تھی۔

مزید برآں بعض انواع انسان میں اور شاید بعض ابتدائی اقسام میں اس امر کی

شہادت پائی جاتی ہے کہ ان میں ایک "خاص" تولیدی موسم موجود ہوتا ہے جیسا کہ ویسٹر مارک (Westermarck) پلاس (Ploss) اور فریزر (Frazor) کی تصانیف سے ظاہر ہوتا ہے۔
بندریوں میں تبویض حیضی دور کے بعد چودھویں اور سترھویں دن کے درمیان واقع ہوتی ہے۔
یہ امر شرووڈر (Schroeder) ڈبلیو شاہ (W. Shaw) اور دوسرے محققین کی تحقیقات کے مطابق ہے جنہوں نے جسم اصفر کی روئداد حیات کا مطالعہ کرنے سے یہ خیال قائم کیا ہے کہ "نوع انسان" میں تبویض حیضی دور کے بعد تیرھویں اور سترھویں دن کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ آدمی اور بندر دونوں میں تبویض کا مقاربت سے کچھ تعلق نہیں۔ اور اگرچہ ان دونوں قسموں میں ایک مختصر سے شبقی زمانہ کے موجود ہونے کی شہادت موجود ہے، مگر پالتو بندروں (میکیکس ریسس Macacus rhesus) میں مقاربت تناسلی دور کے کسی حصہ میں بھی واقع ہو سکتی ہے۔ مارشل (Marshall) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ افراطِ غذا اور آرام و آسائش سے شبقی زمانہ بڑھ جاتا ہے اور بعض ادنی حیوانات، مثلاً پالتو خرگوشوں میں کثرتِ غذا سے تحریک پیدا کرنے پر حمل کے ابتدائی درجہ میں بھی اکثر اوقات مقاربت واقع ہوتی رہتی ہے، حالانکہ افزائش نسل کے مقصد کے لئے یہ بالکل بے سود ہوتی ہے۔

بیض کے افعال

بیض کے افعال دو طرح کے ہیں۔
اس کا پہلا اور نمایاں ترین فعل بلاشبہ تبویض (ovulation) ہے۔ یہ عمل بیضوں کے حالت اختفا میں جمع ہونے، اور گرافی جرابوں کی پختگی، اور ان کے انشقاق، اور ابتدائی بیضوں (oöcytes) کے باریطونی کہفہ میں خارج ہونے پر مشتمل ہے۔ اس پر استقرار حمل اور انواع کی افزائش نسل کا دارومدار ہے، اس لئے یہ جسم کے اہم ترین افعال میں سے ہے۔ جرابوں کی پختگی اور ان کی شگفتگی کی اور بعد کے باقی تضرر کی تسبیبات کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (صفحات 39 تا 45)۔ 93
اب ان فعلیاتی امور کا ذکر کرنا ضروری ہے جو تبویض کے طبعی عمل، جسم اصفر کے نمو اور حیض، اور رحم (دونوں دروں رحم اور بیرحمہ) کے باہمی قریبی رشتہ سے تعلق رکھتے ہیں۔
یہ امر مسلّم تصور کیا جا سکتا ہے کہ انواع انسان میں بیضی خلیہ کا اخراج حیضی دور کے چودھویں دن سے لیکر سترھویں دن کے اندر اندر واقع ہوتا ہے۔ یہ حساب سابقہ زمانۂ حیض کے پہلے دن سے لگایا جاتا ہے۔

اس بیان پر انسانی بیضہ کی اول اول تعیین کے متعلق گروسر (Grosser) کنوس (Knaus) اور دیگر ماہرین تشریح نے کچھ اعتراضات کئے ہیں۔ لیکن ان نقادین نے اعتراض کرتے وقت اس امر کو نظر انداز کر دیا ہے کہ منوی حیوان زندہ بھی رہ سکتا ہے۔ شروڈر (Schröder) نے حال ہی میں تمام ممکن الحصول شہادات پر مکرر غور کیا ہے، اور اس نے انسانی تبویض کے لئے تناسلی دور کا تقریباً چودھواں دن مقرر کیا ہے۔ اس کے حاصل کردہ نتائج کو ماہرین امراض النسا کی ایک کثرت نے تسلیم کیا ہے۔

حیضی دور کے سترھویں دن سے لیکر ستائیسویں دن تک جسم اصفر فعّال رہتا ہے، اور میز لیوٹینی خلیے تو پاتے ہیں اور ان کی کثرت تعداد برقرار رہتی ہے۔ جسم اصفر کے بننے کی اہمیت اس کے اندمالی عمل ہونے کے مقابلہ میں بہت زیادہ ہے۔ لیوٹینی خلیے وہ عناصر ہیں جو بیض کے اتنے ہی مخصوص خواص میں سے ہیں جتنے کہ گرافی جراب ہیں، کیونکہ یہ کسی دوسرے عضو میں نہیں پائے جاتے، اور جن بافتوں میں یہ پائے جاتے ہیں ان کو بیضی بافت قرار دینے کے لئے ان کا وجود کافی ہوتا ہے۔ جسم اصفر صرف اسی زمانہ میں پایا جاتا ہے جو تناسلی نقطۂ نظر سے بلوغ کا زمانہ ہوتا ہے، اور حیض اور تولید کے اعمال سے اس کو قریبی تعلق ہے۔ یہ تعلق ایک ہارمون (hormone) کے ذریعہ سے عمل میں آتا ہے، اور حالیہ سالوں میں ایسے انکشافات ہوئے ہیں جو ایک پیچیدہ میکانیہ پر دلالت کرتے ہیں جس سے مذکورہ تعلق قائم رہتا ہے۔

بیضی ہارمون (Ovarian Hormones) بیض کے متعلق کئی سالوں سے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ اس سے اندرونی افراز پیدا ہوتا ہے، اور یہ ابتدائی اور ثانوی صنفی خواص، اور سن بلوغ کی ابتدا کو، اور ان تمام مختلف الاقسام ممیز صفات کو (خواہ وہ جسمانی ہوں یا ذہنی) جو عام طور پر بالغ عورت کے طبعی خصوصیات تصور کئے جاتے ہیں متاثر کرتا ہے۔ یہ اس غدہ کا دوسرا فعل ہے جو افراد کے لئے اتنا ہی اہم ہے جتنی کہ انواع کے لئے تبویض ہے۔

یہاں اُن تحقیقات کا کسی قدر ذکر کرنا ضروری ہے جو ابتدا میں بیض کے متعلق کی گئی تھی، اور جس سے یہ یقینی طور پر ثابت ہوا تھا کہ اس غدہ سے اندرونی افراز پیدا ہوتا ہے۔ آختہ نابالغ حیوانات میں بیضی پیوند لگانے اور یہ مشاہدہ کرنے سے کہ یہ پیوند صنفی اعضا میں قبل از وقت نمو اور فعل پیدا کر دیتے ہیں (ہالبن : Halban، لپشٹز Lipschutz، شٹائناخ : Steinach) مختلف بیضی خلاصے طیار کئے گئے اور ان کا سریری طور پر امتحان کیا گیا۔ اس طرح جو نتائج اول اول حاصل ہو اُنسے زیر تحقیق موضوع پر کچھ روشنی نہیں پڑتی تھی کہ ایڈلر (Adler) نے ۱۹۱۲ء میں بیض کے آبی خلاصہ کا ایسے جانوروں میں استعمال کرنے سے جن میں بیض خارج کر دئے گئے تھے صنفی مجامعت کی علامتیں پیدا کر دیں

اس سے پیشتر فرئینکل (Fraenkel) نے ۱۹۰۳ء میں دروں رحمہ میں ایک دروں افرازی تفاعل کا مظاہرہ کیا تھا جو دروں رحمہ کو بیضہ کے وصول کرنے کے لئے طیار کرتا ہے۔ خرگوشوں میں مقاربت کے بعد مبیضوں کو دور کرنے یا جسم اصفر کا انکو یہ کر دینے سے اس نے ہمیشہ یا تو حمل کو روک دیا اور یا اسقاط پیدا کر دیا۔ اس وقت یہ خیال کیا جاتا تھا کہ مبیض سے صرف ایک ہی ہارمون پیدا ہوتا ہے، اور اسکے مبدا کے متعلق اختلاف رائے تھا، یعنی آیا یہ مبیضی ہیکل کے رخنی خلیات سے پیدا ہوتا ہے، یا ذراتیتی خلیات سے، اور یا جسم اصفر کے لیوٹینی خلیات سے۔ اب یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس سے کم سے کم دو اندرونی افرازات پیدا ہوتے ہیں، اور یہ بھی ممکن ہے کہ تین ہی پیدا ہوتے ہوں۔ 94

شبق انگیز ہارمون (The Œstrus-producing Hormone)۔ قوارض (rodents) کے رحمی اور مہبلی سر حلمیہ میں جو شبقی تغیرات واقع ہوتے ہیں ان کے متعلق جو انکشافات ستاکارڈ (Stokard) اور پےپینی کولا (Papanicolaou) نے کئے ہیں ان سے ایک مفید عملی طریقہ کا استنباط ہوا ہے جس سے مختلف مبیضی خلاصوں کے فعل کا امتحان کیا جا سکتا ہے۔ اس طریقہ کی مدد سے ایلن (Allen) اور ڈائزی (Doisy) نے ۱۹۲۳ء میں مبیضی بافت کے اندر ایک شبق انگیز ہارمون کا مظاہرہ کیا۔ اگر چوہے کی مہبل سے تناسلی سکون کے زمانہ میں آلود (smear) لیا جائے تو وہ سفید خلیات پر مشتمل ہوتا ہے۔ شبق (œstrus) کے دوران میں اس میں عدیم النوات فلسانی سر حلمی خلیات بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں، اور یہ طریقہ امتحان جس کی تعبیر ایلن (Allen) اور ڈائزی (Doisy) نے کی ہے مبیضی خلاصوں کی طاقت معلوم کرنے کیلئے استعمال کیا جا چکا ہے۔ "چوہا اکائی" (rat unit) کی تعریف یہ ہے کہ یہ خلاصہ کی وہ زیادہ سے زیادہ نرقیق ہے جسکے بالغ مبیض آوردہ چوہے کو پہلے دن چار چار گھنٹے کے وقفہ سے تین انشراب دینے سے چوتھے دن کی صبح کو کاشفہ مثبت ثابت ہو۔

یہ امر کہ حیرانی سیال میں بھی مبیض کا شبق انگیز ہارمون موجود ہوتا ہے پہلے پہل فرینک (Frank) نے ثابت کیا تھا، اور اس کا نام "فولی کلین" (Folliculin) رکھا گیا تھا۔ بعد میں دائرخون، جسمی مواد، پیشاب، اور مشیمہ (placenta) میں، اور نر کی بافتوں اور بعض پودوں کے پتوں میں بھی، ایک اندرونی افراز کا وجود ثابت کیا گیا جس کے شبق انگیز خواص مذکورہ افراز کے متماثل تھے۔ اس فعال جوہر کی وسیع تقسیم کی وجہ سے اس کے بہت سے نام رکھے گئے، مثلاً "زنانہ جنسی ہارمون" (Female Sex Hormone)، "ایسٹرین" (Œstrin)، "تھائی لوکینین" (Thylokenine)، "تھیلین" (Theelin)، وغیرہ وغیرہ جو ایسا میں مترادف ہیں، اور اب ابتدائی نام "فولی کلین" (Folliculin) کی جگہ مستعمل ہیں۔

ایلن (Allen)، اور ڈائزی (Doisy) نے ۱۹۲۸ء میں اور بعد میں

بوٹی نینٹ (Butenandt) نے ایسٹرین (œstrin) کو ایک قلمی اور نسبتاً خالص شکل میں علٰحدہ کیا۔ اب چونکہ یہ مرحلہ طے ہو گیا ہے اس لئے اس ہارمون کے خواص کی تحقیقات اسکو سرسری طور پر آزمانے اور حیوانات پر تجربہ کرنے سے کی جاسکتی ہے۔ اور وہ فعل جو یہ ہارمون بالغ عورت میں ہارموتی سلسلہ میں سرانجام دیتا ہے زیادہ صحیح طور پر معلوم کیا جاسکتا ہے۔ اب تک اس کے متعلق جو معلومات بہم پہنچی ہیں وہ غیر خالص تجہیزات سے تجربات کرنے کا نتیجہ ہیں۔ ڈکنس (Dickens) ڈاڈس (Dodds) اور رائٹ (Wright) نے ۱۹۲۵ء میں مڈل سکس اسپتال (Middlesex Hospital) میں ایک فعلیاتی جوہر مادہ سور کی مبیض سے ایک صاف بھورے تیل کی شکل میں علٰحدہ کیا جو الکحل، ایتھر، ایسی ٹون اور روغن زیتون میں حل پذیر تھا، اور جس کا مبیض برآوردہ چوہوں میں اشراب کرنے سے چوبیس سے لیکر چھتیس گھنٹوں میں شبق پیدا ہو جاتا تھا۔ مزید برآں اس کے ایک سوملی گرام کے اشراب کے تین دن کے اندر اندر مادہ بندر میں بظاہر حیباری حیضی نزف پیدا ہو گیا (کارنر Corner:). یہ فعال جوہر کیمیائی نقطہ نظر سے غالباً "اباریزی" سلسلہ (aromatic series) کا ایک مرکب ہے، اور بنز پیرین (benz-pyrene)[1] اور بنز اینتھراسین (benz-anthracene) کے گروہوں کا متجانس ہے جو خود شبق انگیز اشیا ہیں۔ خون کے دباؤ پر اس کا ایک نمایاں خافض اثر ہوتا ہے۔ ۲۰۰ مکعب سنٹی میٹر کے دروں وریدی اشراب سے پارہ ۴۰ ملی میٹر اتر جاتا ہے۔ نیز یہ انسولین (insulin) کے فعل پر بھی امتناعی اثر رکھتا ہے۔ اس ہارمون کا خاص فعل یہ ہے کہ یہ صنفی اعضا کو ہیجان پہنچا کر ان کو طبیعی فعالیت کی حالت میں لے آتا ہے۔ اور دروں رحمہ میں بیش دمویت اور غدی فعالیت پیدا کرنے سے شبق یا خواہش مقاربت میں زیادتی پیدا کرتا ہے۔

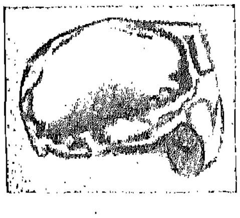
لیوٹینی ہارمون (The Lutein Hormone)۔ اگرچہ بیضہ کی باروری مذکورہ شبق انگیز ہارمون کے اثر سے عمل میں آتی ہے، اگر یہ امر ثابت کرنے کے لئے کافی شہادت موجود ہے کہ اس کا آئندہ نمو دروں رحمہ کے تغیرات کا تابع ہے جو ایک اور بالکل مختلف افراز 95

---

[1] See Articles by T. W. Cook, C. Hewitt and L. Hiegr in *Proc. Roy. Society Brit.*, 1932 cxi, 485; *Nature*, 1932, cxxx., 926; and *Journ. Chem. Soc.*, 1933, April, 395.

"پروجیسٹین" (Progestin) سے وقوع میں آتے ہیں جو جسم اصفر کے خلیات سے پیدا ہوتا ہے۔ ان تغیرات کا آئندہ صفحات میں تفصیل سے ذکر کیا گیا ہے اور یہاں صرف اتنا بیان کر دینا کافی ہوگا کہ لیوٹینی ہارمون کا اصلی فعل یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ درون رحم کے ہیکلی خلیات کی نمو کو پختگی کی حالت تک ترقی دیتا ہے جسے مجازاً ابتدائی ریزینہ تصور کیا جا سکتا ہے جو بارور بیضہ کے وصول کرنے کے لئے طیار ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۴۴ - ۱۱ اور ۱۰۰)۔ شا (Shaw) کے مطابق جسم اصفر (شکل ۴۳) کی جسامت حیضی دور کے تقریباً انیسویں دن تک بڑھتی جاتی ہے۔ مگر اس دن کے بعد اس میں مختلف عورتوں میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے اور ہمارا (پی۔ ڈبلیو) یہ خیال ہے کہ اس دن کے بعد بھی ایک آئندہ زمانہ تک جسم اصفر کا نمو اور فعل جاری رہتا ہے حتیٰ کہ اس کا رشتۂ حیات بیضہ کی ہلاکت سے منقطع ہو جاتا ہے۔ اگر بیضہ بارور ہو جائے اور استقرار حمل عمل میں آجائے تو جسم اصفر کم از کم حمل کے تیسرے یا چوتھے مہینہ تک فعل کرتا ہے جب مشیمہ (placenta) کا دوران خون قائم ہو جاتا ہے تو ریزینہ کی بالیدگی کی مزید ضرورت نہیں رہتی اور انواع انسان میں جسم اصفر کا فعل بظاہر ختم ہو جاتا ہے۔ حیض کا "کاذب" جسم اصفر اور حمل کا "صادق" جسم اصفر کہنے سے کوئی فائدہ حاصل نہیں۔ صرف ایک ہی جسم اصفر ہوتا ہے اور اس کا ایک ہی اہم فعل ہے۔ اور وہ یہ ہے کہ یہ درون رحمی ہیکل کو اس کی بالیدگی اور اسکے مکمل نمو کیلئے بڑھتے ہوئے بیضہ کی ضروریات کے مدنظر تحریک پہنچاتا ہے۔ جب یہ اپنا فعل انجام دے چکتا ہے تو اس میں کتلتہ الخلایا یا (syncytium) کی طرح انحطاط واقع ہو جاتا ہے اور اس کے نمو کی ترقی کے مدارج کو بیان کرنے کے لئے خاص اصطلاحات کا استعمال کرنا فضول اور مغالطہ انگیز معلوم ہوتا ہے۔

فرینکل (Fraenkel) کی جدید تحقیقات کی طرف پہلے اشارہ کیا جا چکا ہے۔ اس نے جسم اصفر اور درون رحم کا باہمی تعلق دریافت کیا تھا اور ان مشاہدات کی کئی ایک دوسرے محققین نے تصدیق بھی کی ہے۔ ہالبین (Halban) نے چالیس واقعات میں بیض سے جسم اصفر کا استیصال کرنے سے یہ معلوم کیا ہے کہ ایسے عملیہ کے بعد ۹۲ء۵ فی صدی میں رحمی نزف واقع ہو جاتا ہے۔ ہم (پی۔ ڈبلیو) نے ۱۹۳۶ء میں ہالبین (Halban) کے تجربات کا اعادہ کیا اور پہلے ہی



شکل ۴۳۔ طبعی جسامت کا نامی جسم اصفر جو حیضی دور کے سولھویں دن علیحدہ کیا گیا تھا (وائٹ ہوس)۔

رحمی مواد جمع کر کے اس کے متعلق تحقیقات کرنے سے یہ دریافت کیا کہ عورت میں جو رحمی نزف جسم اصفر کو زرد کرنے سے پیدا ہوتا ہے اس کے ساتھ دروں رحم کا تخزّ بھی واقع ہوتا ہے کیونکہ رحمی مواد میں دروں رحم کے ٹکڑے موجود ہوتے ہیں۔

اگر کسی معینہ تبویض سے بیضہ بارور نہ ہو اور مستقر الحمل میں نہ آئے تو جسم اصفر میں انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ اس کی مادی ہئیت ایک ایسا لپائڈ (lipoid) کے نمودار ہونے سے زرد ہو جاتی ہے، اور اس کے کیفیہ میں نزف واقع ہو جاتا ہے۔ جسم اصفر میں جو طبعی انحطاط دروں رحمی تخزّ سے (جو حیض میں تبویض کو متلازم ہوتا ہے) پہلے پیدا ہوتا ہے اور اس کو پیدا بھی کرتا ہے، اس کا سبب ابھی تک ایک لاینحل مسئلہ ہے۔ بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ امر فیصل بارور بیضہ کی ہلاکت ہے، اور یہ خیال بھی پیش کیا گیا ہے کہ بارور نہ ہونے والے بیضہ اور لیوٹینی خلیوں کے درمیان معاونت (symbiosis) بھی موجود ہو سکتی ہے۔ ہم اس امر کی طرف توجہ دلاتے ہیں کہ جب بیضہ گرافی جراب سے علیحدہ ہوتا ہے تو اپنے ساتھ شعاعی اکلیل (corona radiata) کی شکل میں "دانے دار تہ" (granulosa layer) سے جزئی مرحلہ کی کئی ایک تہیں لے جاتا ہے۔ یہ خلیے ان خلیوں کے مماثل ہوتے ہیں جن سے خالی جراب میں بعد میں جسم اصفر کی لاریہ دار بافت پیدا ہوتی ہے۔ لہٰذا "دانے دار تہ" (granulosa) کے ممکن الحصول مادہ میں 96
ایک انقسام واقع ہو جاتا ہے اور یہ ممکن ہے کہ نا بارور بیضہ کی اور اس کے ساتھ ہی شعاعی اکلیل کی ہلاکت سے ایسے حاصلات پیدا ہو جاتے ہوں جو لیوٹینی کی طرح فعل کرتے ہوں اور "منفی حالت" (negative phase) پیدا کر دیتے ہوں جس کا نتیجہ جسم اصفر کا انحطاط ہوتا ہو۔

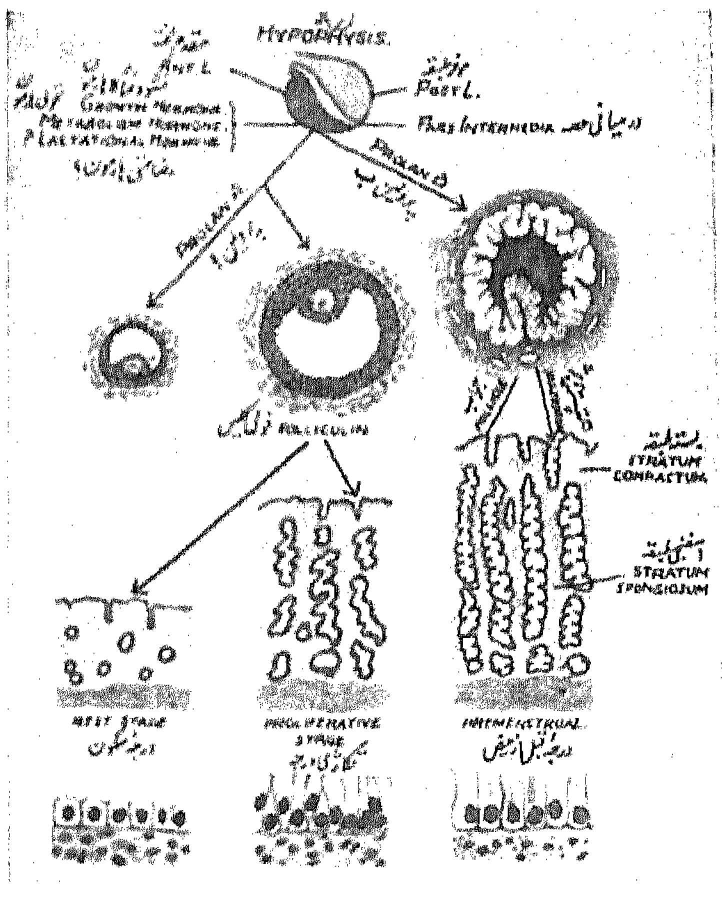
شبق اور لیوٹینی ہارمون کا تعلق — جب سے جنسی "قرازیں" "فولی کلین" اور "پروجیسٹین" دو مخالف الافعال ہارمونوں کا وجود ثابت ہوا ہے اس وقت سے اس امر کے متعلق کافی شہادتیں ہم پہنچ چکی ہیں کہ یہ ہارمون اپنے افعال کے لحاظ سے طبعی طور پر ایک دوسرے کے متضاد ہیں۔ جسم اصفر سے ایک متقادہ جوہر طیار کیا گیا ہے جو کل حیوانات میں شبق پر امتناعی اثر کرتا ہے (پارکس :Parkes)۔ تجربات سے معلوم ہوا ہے کہ حیوانات میں کاذب حمل کی حالت میں جسم اصفر علیحدہ کر دینے سے شبق اور تبویض قبل از وقت پیدا کئے جا سکتے ہیں۔ دوران حمل میں تبویض بالعموم رکی رہتی ہے، اور بیطاری تجربات کو یہ امر بخوبی معلوم ہے کہ گائے میں جسم اصفر کے برقرار رہنے سے تبویض رک جاتی ہے اور عقم پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کا علاج مدافعتی قیم کے

راستہ سے جسم اصفر کو ہاتھ سے تباہ کر دینے سے کیا جا سکتا ہے۔ یہ خیال پیش کیا گیا ہے کہ عورت میں رحمی نزف جو جسم اصفر کے استیصال سے پیدا ہوتا ہے قبل از وقت تبویض کا نتیجہ ہوتا ہے جو متضاد الفعل لیوٹیٹی ہارمون کو علیحدہ کر دینے سے عمل میں آتی ہے۔ مگر یہ بیان معترض علیہ معلوم ہوتا ہے، کیونکہ درون رحمی تنخز پختہ گرافی جراب کی تباہی یا اس کے امتصاص یا استیصال سے بھی واقع ہو جاتا ہے۔ اس امر سے بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گرافی جراب میں صرف شبقی ہارمون ہی موجود نہیں ہوتا بلکہ ایسے ہارمون کے شائبات بھی پائے جاتے ہیں جو آئندہ چل کر لیوٹیٹی فعل کا امتیازی خاصہ بنتا ہے۔ کارنر (Corner) اور ہارٹ مین (Hartmann) نے حال ہی میں یہ بیان کیا ہے کہ اگرچہ جرابی اور لیوٹیٹی ہارمون درحقیقت اپنے افعال میں متضاد ہیں مگر یہ "متحد الفعل" (synergestic) یا مشترک العمل بھی ہیں۔ بعض بر آوردہ بندروں میں ایسٹرین (oestrin) کا اشراب کرنے سے کارنر (Corner) نے بیش حیضی تغیرات کی مکمل عدم موجودگی میں درون رحم سے نزف پیدا کر دیا۔ اگر مخاطیہ کو پہلے ایسٹرین کے اشراب سے حساس بنا دیا جائے اور بعد میں اصفری ہارمون کے اشرابات ایک سلسلہ میں کئے جائیں تو معمولی حیض شروع ہو جاتا ہے جس کے ساتھ درون رحم کا معیاری بیش حیضی انکاثر پایا جاتا ہے۔ ان دونوں ہیضی ہارمونوں کے باہمی تعلق کو ہسا (Hisaw) نے یوں بیان کیا ہے۔ جرابی ہارمون کا فعل یہ معلوم ہوتا ہے کہ رحم کو ایک فعلیاتی حالت پر لاتا ہے جس سے اس میں جسم اصفر کے ہارمون کے لئے حساسیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ان دونوں اشیا میں سے کوئی ایک بھی اکیلی اختتہ رحم میں بدل الحملی انکاثر پیدا نہیں کر سکتی لیکن اگر اس میں پہلے جرابی ہارمون کے اشراب سے معیاری تشویق کی حالت پیدا کر دی جائے اور اس کے بعد جسم اصفر کے ہارمون کا استعمال کیا جائے تو بدل الحملی انکاثر رونما ہو جاتا ہے۔ ہسا (Hisaw) نے مادہ سور کے اجسام اصفر سے دو اجزا علیحدہ کئے ہیں۔ جزو (Fraction A) میں مادہ قلبی ہوتا ہے یا کہ حیوانات میں حوضی رباطات کو ڈھیلا کر دینے کا خاصہ موجود ہوتا ہے جو حمل کے آخری حصہ میں ہے۔ جزب (Fraction B) غیر قلبی ہوتا ہے اور یہ بظاہر اس درون رحمی تبدل کا ذمہ دار ہوتا ہے جسے اب جسم اصفر کے فعل رئیسہ کے ساتھ منسوب کیا جاتا ہے۔

شخامیہ کا مقدم لخت (The Anterior Lobe of the Pituitary)

صنفی اعضا کی فعلیات کے متعلق جو جدید تحقیقات کی گئی ہیں ان میں سے اہم ترین انکشاف یہ ہے کہ بیض کا فعل ان ہارمونوں کے تابع اور ماتحت ہے جو شخامی غدہ (pituitary gland) سے

مقدم لخت میں پیدا ہوتے ہیں۔ یعنی اس پیچیدہ ہارمونی سلسلہ کی ایک کڑی ہے جو بالغ عضویہ کے 97
تناسلی عمل کو منظم رکھتا ہے۔ زیریاد (hypophysis) اور تناسلی غدد کا باہمی تعلق ۱۹۱۰ء سے



شکل ۴۔ یہ ارتسامی تصویر مقدم نخامی ہارمونوں (anterior pituitary hormones) بیض (ovary) اور دروں جسم (endometrium) کے درمیانی تعلقات کو ظاہر کرتی ہے (گریوز کے مطابق)۔

معلوم ہے جبکہ فرولک (Frölich) نے زیر نخامیت (hypo-pituitarism)،

زیر صنفیت (hypo-sexualism) اور شحمی تناسلی سوءِ تغذیہ (adiposogenital dystrophy) کا علامیہ قائم کیا تھا۔ اگر کم عمر حیوانات میں نخامی غدہ علیحدہ کر دیا جائے تو اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ابتدائی اور ثانوی صنفی خواص کا نمو رک جاتا ہے، اور جسم کی بالیدگی اور تحول میں نقص واقع ہو جاتا ہے۔ بخلاف اس کے مقدم لختہ کے خلاصوں کے اشراب یا اس کی بافتوں کے پیوندوں سے نابالغ حیوانات میں تناسلی بلوغ اور بیضی جرابوں کی لیوٹینی کیفیت (luteinization) قبل از وقت پیدا ہو جاتے ہیں۔ چوہیا میں اس کی عمر کے ابتدائی حصہ ہی میں یعنی اس کی زندگی کے انیسویں دن مقاربت پیدا کی جا سکتی ہے۔ اور بالغ حیوانات میں تبویض کی "رفتار تیز کی جا سکتی ہے" اور طبعی تعداد سے کئی گنا بیضے پیدا کئے جا سکتے ہیں۔ اس حالت میں رحم میں کثیر التعداد بیضے پائے جاتے ہیں۔
98 اس صورتِ حالات کو "بیشِ تبویض" (super-ovulation) اور "بیشِ حمل" (super-pregnancy) سے تعبیر کیا گیا ہے (سمتھ Smith: اور اینگل Engle:)۔ مقدم لختہ کے ہارمونوں پر حال ہی میں اس ملک (انگلستان) میں ویسنر (Wiesner) نے، اور جرمنی میں زندک (Zondek) اور اشہائیم (Aschheim) نے معتدبہ تفصیل کے ساتھ تحقیقات کی ہے۔ ان دونوں نے جو نتائج اپنی اپنی جگہ پر حاصل کئے وہ ایک ہی ہیں۔

اشہائیم کے مطابق مقدم لختہ سے علیحدہ علیحدہ چار ہارمونی اجسام پیدا ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۴۷)۔ ان میں سے دو جو فرداً فرداً "پرولین ا" (Prolan A) اور "پرولین ب" (Prolan B) کہلاتے ہیں بیضی فعل کو منظم رکھتے ہیں اور اس کی رہنمائی کرتے ہیں۔ تیسرا عمومی نشو و نما سے تعلق رکھتا ہے، اور چوتھا جس کا نام کرسنر (Kristner) اور پلاٹ لیبشٹز (Plaut-Liebes-chutz) نے "پری فائی سن" (Praephyson) رکھا ہے بظاہر جسم کے تحول کو متاثر کرتا ہے۔ یہاں صرف دو صنفی ہارمونوں پرولین ا (Prolan A) اور پرولین ب (Prolan B) کا ذکر کرنے کی ضرورت ہے۔ زندک اور اشہائیم زیر بالہ (hypophysis) کے مقدم لختہ کو "صنفی فعل کا محرکہ (motor)" اور دونوں ہارمونوں پرولین ا اور پرولین ب کو "صنف کے خاص الخاص نوعی ہارمون" تصور کرتے ہیں۔ پرولین ا گرافی جراب کی پختگی کے لئے مہیج اعلیٰ ہے، اور شبقی ہارمون کی پیدائش کی ابتدا کرتا ہے۔ اپنے جسم کی ایسٹرین کی پیدائش پر اختیار حاصل ہے، اس لئے درون رحم کی بیش حیضی حالت بھی اس کے زیرِ اقتدار ہے۔ بخلاف اس کے "پرولین ب" (Prolan B) منشق جراب کے مناطیقی خلیات کا مہیج جوہر ہے۔ یہ ان خلیات کو کامل النمو

جسم اصفر میں تبدیل کر دیتا ہے' اور لیوٹینی ہارمون (پروجسٹین: progestin، لیوٹین: lutein، وغیرہ) کی پیدائش کو تحریک پہنچاتا ہے۔ لہٰذا پرولین ب جسم اصفر کی وساطت سے غشاء ساقطہ (mature decidua) کے نمو کا ذمہ دار ہے۔ شکل ۴۰، جو زندک اور ایشہائیم کی تحقیقات کے مطابق کھینچی گئی ہے تناسلی ہارمونوں' اور گرافی جراب اور جسم اصفر کے درمیانی تعلق' اور ان کے اس متعدد اثر کی' جو دوران رحم پر ہوتا ہے' اس میں توضیح کی گئی ہے۔ ویسنر (Wiesner) نے مختلف اصطلاحات استعمال کی ہیں' مگر اس کے نتائج زندک (Zondek) کے نتائج کے تقریباً متماثل سے ہیں۔

تناسلی دور کے شبقی درجہ کو ویسنر نے "الفا" حالت ("α" phase) کے نام سے موسوم کیا ہے' اور جرابی شبق انگیز ہارمون کو وہ "الفا" جز ("α" factor) کہتا ہے۔ لیوٹینی یا پیش حیضی درجہ کا نام اس نے "بیٹا" حالت ("β" phase) رکھا ہے۔ اور لیوٹینی ہارمون کو وہ "بیٹا" جز ("β" factor) کی اصطلاح سے تعبیر کرتا ہے۔ زندک کی طرح ویسنر بھی یہ خیال کرتا ہے کہ نخامیہ کے مقدم لختہ کے دو فعل ہیں یعنی شبق انگیز یا "شبق زا" (œstrogenic) اور لیوٹین کا مہیج یا "مہد حمل" (kyogenic)۔ مہیج مولدات (gonadotropic) جواہر کو وہ "رو ۱" (Rho I) اور "رو ۲" (Rho II) کے نام سے موسوم کرتا ہے' اور یہ فرداً فرداً زندک کے "پرولین الف" اور "پرولین ب" کے متناظر ہیں۔ ویسنر (Wiesner) اور پٹیل (Patel) نے یہ دریافت کیا ہے کہ چوہیا میں بیٹا حالت (β phase) مہبلی سرخلیہ کے بلند قامت مخاطی خلیوں میں تبدیل ہونے (مخاطیت: mucification) سے بآسانی شناخت کی جا سکتی ہے۔ یہ تبدیلی قرنیت (cornification) سے بالکل علیحدہ حالت ہے جو الفا حالت (α phase) کا امتیازی خاصہ ہے۔

زندک ایشہائیم کا تعامل (Zondek-Aschheim Reaction)

دوران حمل میں مقدم لختہ کے ہارمون خون میں بہت بڑی مقداروں میں موجود ہوتے ہیں' اور اسی لحاظ سے پیشاب میں بھی یہ خارج ہوتے ہیں۔ عدم حمل کی حالت میں ان کی جو مقداریں خارج ہوتی ہیں ان سے یہ مقداریں کہیں زیادہ ہوتی ہیں۔ مشیمہ (placenta) میں بھی یہ اس کثرت سے پائے جاتے ہیں کہ اس سے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ ہارمونوں کا صرف ذخیرہ ہی نہیں ہے بلکہ ان کی پیدائش میں بھی اس کو کچھ دخل حاصل ہے (میک: Mack، اور کیتھروڈ: Catherwood)۔

دورانِ حمل میں پیشاب میں نخامی یا "نخامی نما" (کولپ :Collip) ہارمونوں کی غیر معمولی مقدار موجود ہوتی ہے اس کا استعمال اشیہائیم اور زندک نے حمل کے لئے ایک عملی کاشفہ تیار کرنے میں کیا ہے۔ اگر کسی حاملہ عورت کے پیشاب کی تھوڑی سی مقدار کا کسی نابالغ چوہیا کے دورانِ خون میں انشراب کر دیا جائے تو اس سے جرابات میں پختگی نمودار ہو جاتی ہے، اور ساتھ ہی مرئی نزفات بھی 99
واقع ہو جاتے ہیں ("نقاطِ خون" :Blutpunkte)۔ چوہوں کے بیضوں میں ان نقاطِ خون کا ظہور کاشفہ کے مثبت ہونے پر دلالت کرتا ہے (شکل ۷۵)۔

چونکہ مطلوبہ معیار کی نابالغ سفید مادہ چوہیاؤں کی ایک کافی تعداد کے حاصل کرنے میں عملی طور پر دقت پیش آتی ہے اس لئے فریڈمین (Friedman)، شنیڈر (Schneider)، ولسن (Wilson) اور دوسرے محققین نے اس تعامل کی ایک مرممہ شکل پیش کی ہے۔ اس طریقہ میں بالغ مادہ خرگوشوں کا اس اصول کے تحت استعمال کیا جاتا ہے کہ مادہ خرگوش میں تبویض صرف مقاربت کے بلا واسطہ نتیجہ کے طور پر ہی واقع ہوتی ہے۔ مریضہ کے صبح کے پیشاب کی پانچ مکعب سنٹی میٹر مقدار کا انشراب ایسے کاشفی حیوان کی کان کی ورید میں کر دیا جاتا ہے جو کم از کم ایک ماہ سے علیحدہ رکھا گیا ہو۔ سولہ گھنٹے گذرنے پر اس حیوان کے شکم پر معدم حس کے زیر اثر خطِ وسطی میں ایک شگاف دیا جاتا ہے، اور اس میں سے بیض کا معائنہ کیا جاتا ہے۔ اگر تعامل مثبت ہو تو ایسے کئی ایک جراب پائے جاتے ہیں جو ابھی منشق ہوئے ہیں، یہ اپنے شوخ سرخ رنگ اور مرتفع منظر کی وجہ سے بآسانی شناخت کئے جاتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک کے مرکز پر خفیف سا نشیب موجود ہوتا ہے۔

اشیہائیم زندک کا اصلی تعامل حیرت انگیز طور پر صحیح ثابت ہوتا ہے۔ کاشفات کے ایک طویل سلسلہ میں غلطی کا امکان اتنا کم ہے کہ یہ صرف ۵ فی صدی تک ہی پہنچتا ہے۔ یہ عدد ایسے تعامل کیلئے جو بنیادی طور پر حیاتیاتی ہو بہت کم ہے۔ فریڈمین کے مرممہ کاشفہ کی صحت قطعی طور پر مسلمہ قرار نہیں دی گئی، مگر آج کل اس کا استعمال بہت کثرت سے کیا جاتا ہے، اور ربطاً بہر کافی موثق نتائج حاصل ہوتے ہیں جن سے اس کی اہمیت ثابت ہوتی ہے۔ یہ بہت ابتداہی میں یعنی حیض کے بند ہونے کے آٹھویں دن مثبت نکلتا ہے، اور وضع حمل کے تقریباً دو دن بعد تک مثبت رہتا ہے جب تک زندہ مشیمی بافت "مادری خون کے حیاتیاتی تماس میں" رہتی ہے (اشیہائیم)۔ یہ تعامل حاصل کیا جا سکتا ہے۔ لہٰذا یہ انبوبی حمل میں اسقاط سے پہلے، اور غیر مکمل رحمی حمل، کیسی دمہ (vesicular mole) اور سلوی مشیمی سلعہ (chorionepithelioma) کی حالتوں میں مثبت ہوتا ہے۔

افعال مبیض کے متعلق موجودہ خیالات کا جو مختصر سا خلاصہ پیش کیا گیا ہے اس کے اختتام پر



شکل ۵۱ ۔ نابالغ سفید چوہیاؤں کے جوفی اعضا جو ۱۔ معیار (control) اور ۲۔ زندگ ایشہائیم کے مثبت تعامل کو ظاہر کرتے ہیں جو مقدم نخامیہ (anterior pituitary) کے صنفی ہارمون سے (جو پیشاب میں موجود تھا) پیدا ہوا ہے۔

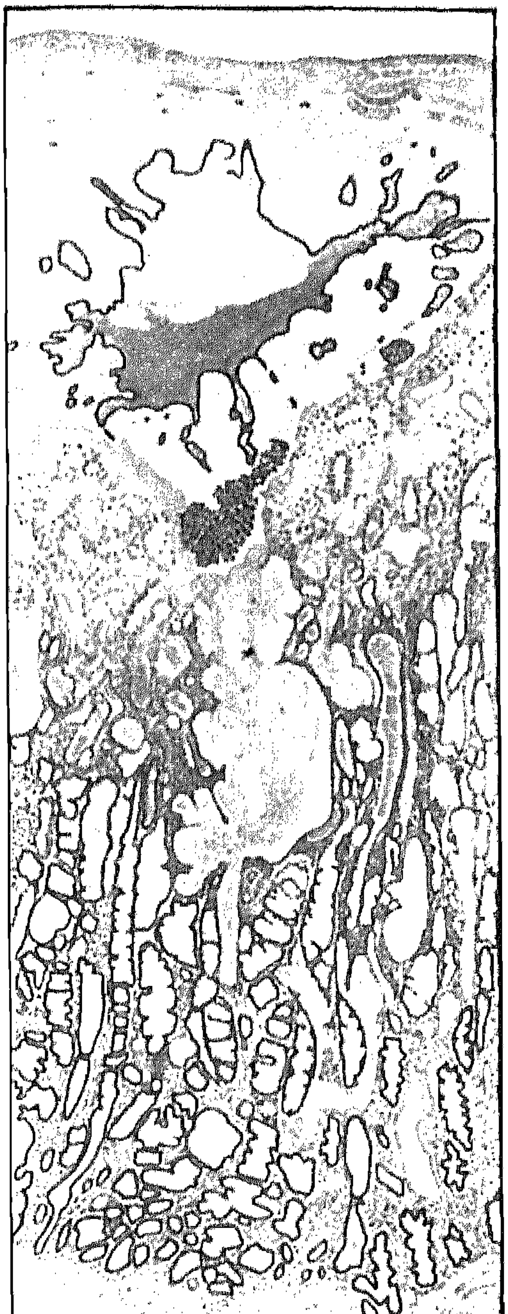
(ل) مبیض (ب) قرن رحم (uterine horn) (م) مہبل ۔ (ن) نزفی گرائی جرّا (نقاط خون) ۔ قرن رحم کی بیش پرورش ثبت تعامل "ب" میں ملاحظہ ہو۔

اس امر پر زیادہ زور دینا نامناسب نہیں ہوگا کہ اس پیچیدہ موضوع کے تمام تر امور ابھی تک ایک بہت بڑی حد تک تصفیہ طلب ہیں۔ جدید انکشافات ہونے پر مذکورہ بیانات میں سے بعض کی ترمیم اور بعض کی تصحیح ضروری ہوگی۔ بہرکیف جو کچھ بیان کیا جا چکا ہے اس سے مطالعہ کنندہ کو جدید تحقیقات 100 اور موجودہ خیالات کا مکمل علم ہو جانا چاہیئے اور اسے اس قابل ہو جانا چاہیئے کہ صنفی فعلیات کے متعلق جو روز افزوں ترقی ہو رہی ہے اور جس کا ذکر دنیا کے طبی رسالوں میں آج کل اس کثرت سے ہو رہا ہے اس کے مطابق اپنی معلومات کو تازہ رکھے۔

رحم کے افعال

رحم کے افعال یہ ہیں کہ یہ بارور بیضہ کو وصول کرے اور اسکے آئندہ تغذیہ اور نمو کے لئے مناسب ذرائع مہیا کرے اور انجام کار جب میعاد حمل ختم ہو تو اس کو مادری عضو یہ سے علیحدہ کردے۔

صفحہ ۳

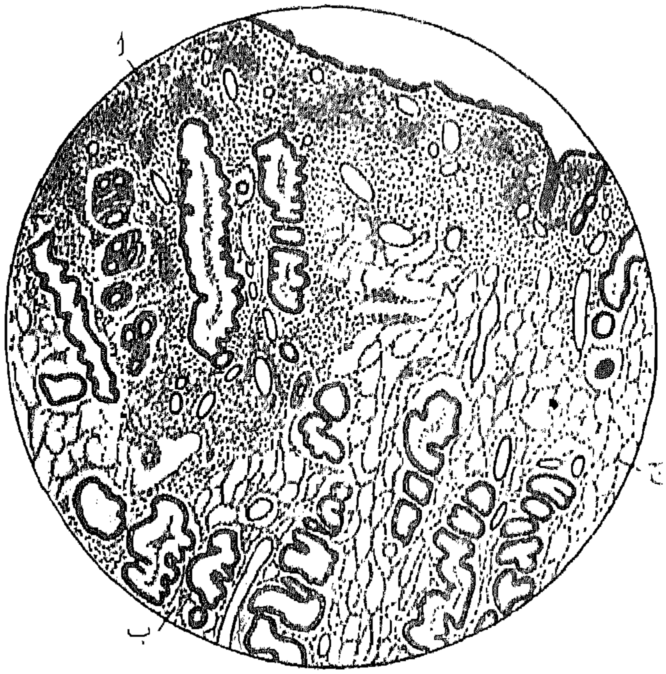


ب۔ پیشی جیبی دروں جسم کی تبدیلی کے ابتدائی زینہ میں۔ ایک بار دو
پیدا ہو ابتدائی زینہ ان کے بیچ میں موجود ہے۔ (انتہائی)



ا۔ پیشی جیبی دروں جسم (اڈینومائیوسس) جس میں ابتداء اور
انتہا نہیں دکھائی دیتی ہیں۔ غدودی ترکیبات کے
ساتھ سلسلے عضلہ میں نفاذ ہو رہا ہے۔

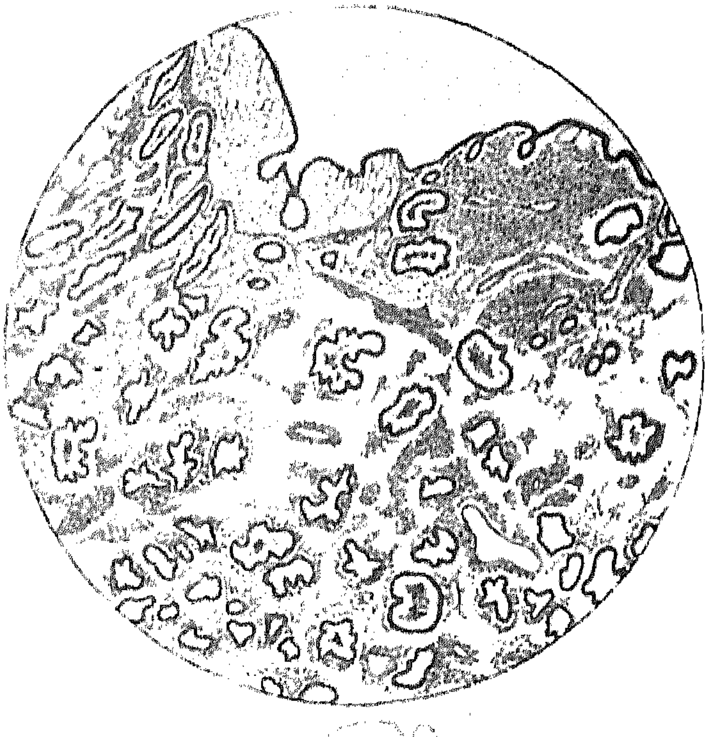
اس باب میں صرف غیر حاملہ رحم کی فعلیات کا ذکر کیا جائے گا۔



شکل ۶، دروں رحمہ (endometrium) کی حیض سے آٹھ دن پہلے کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔ (ا) بستہ تہ (compact layer)۔ (ب) دروں رحمہ کی اسفنجی تہ۔ (ج) متہیج ہیکل (œdematous stroma)۔ جوں جوں ایام حیض قریب آتے جاتے ہیں دروں رحمہ حمل کے ریزیہ سے بہت زیادہ مشابہ ہوتا جاتا ہے۔

یہ ظاہر ہے کہ اس سلسلہ میں دروں رحمہ کو سب سے زیادہ اہمیت حاصل ہے، اس لئے اس کی جو تشریح صنفی یا حیضی دور میں ہوتی ہے اس پر پہلے غور کیا جائے گا۔

تمام پستانیوں میں رحمی مخاطیہ کی ساخت دورِ حیض کی مختلف حالتوں میں مختلف ہوتی ہے'
اس لئے یہ ضروری ہے کہ نسیجیات حیض کے بیان میں ان تغیرات کا مکمل طور پر تذکرہ کیا جائے ہیش مین
(Hitschmann) اور ایڈلر[1] (Adler) نے پہلے پہل انسانی الانواع میں ان فعلیاتی 101

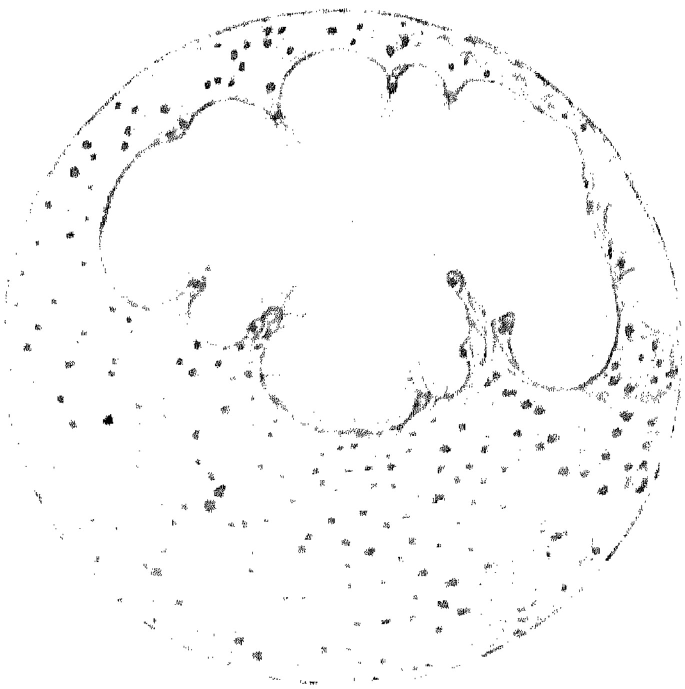


شکل ۷۷ حیض کے پہلے دن دروں رحم (endometrium) کی حالت کو ظاہر کرتی ہے
بستہ تہ کاریزینہ کا منظر نمایاں طور پر دکھائی دیتا ہے' اور پارجت (diapedesis) سے
زخمی نزف واقع ہوگیا ہے۔ غدد مخاط سے پُر ہیں ۔ × ۶۳ ۔

---

[1] *Wiener med. Wochenschr.* 1907 lvii, 1207 ; *Monatschr. f. Geb. und : Gynäk.*, 27, page 1, 1908 ; *Archiv. für Gyn.* 1913, Band C., H. 2, S. 233.

صفحہ ۵



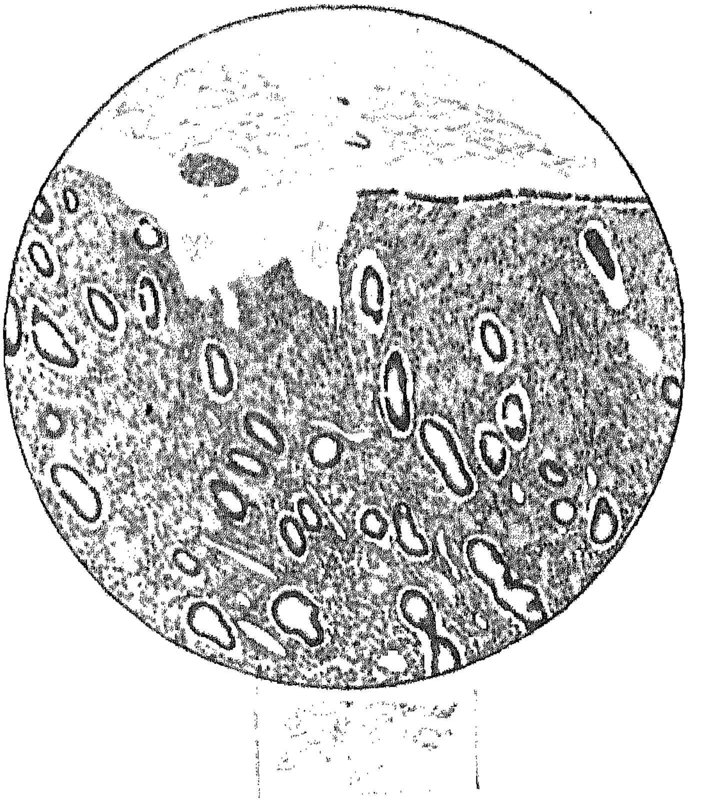
طبعی دروں رحم (Normal Endometrium) (حالت قبل از حیض) ۔ اس کی تزئین میلوری کی پرانی کریم
نہ تیجابین ملبوستہ کی گئی ہے ۔ غدی سیل کی قاعدی غشا گہری نیلی ہے ۔ اور ٹیکل میں کولیجنی ریشوں کے جال کا رنگ
ہلکا نیلا ہے اور ٹیکل خلیے نارنجی ہیں ۔ عروق شعریہ کے اندر کے دموی نسیجے رنگے ہوئے ہیں ۔ غدہ کے اندر
فرن نما میات اور اس کے درون میں مخاط کی موجودگی کو غور سے دیکھا جائے ۔

تغیرات کے دور کی طرف توجہ دلائی۔ اس سے پیشتر حائض اور غیر حائض مخاطیہ کا مطالعہ اس خیال سے علیحدہ علیحدہ کیا جاتا تھا کہ موخر الذکر کے خواص جب تک کہ اس میں کوئی مرضیاتی عمل مثلاً التہاب واقع نہ ہو غیر متغیر رہتے ہیں۔ مذکورہ بالا مشاہدین نے سب سے پہلے اس امر پر زور دیا کہ رحم کے طبعی مخاطیہ کے دوری فعلیاتی تغیرات اس قدر معین ہیں کہ ماہرین استعمال خردبین بافتوں کی حالت کا مطالعہ کرنے سے قریب ترین ایام حیض کی تاریخ کا تعین کرسکتے ہیں۔ ان دوری تغیرات میں دروں رحمہ کے جملہ عناصر حصہ لیتے ہیں۔

حیضی دور کا مطالعہ چار حالتوں میں کیا جاسکتا ہے۔ (۱) حالتِ قبل از حیض۔ (۲) حالت حیض۔ ۳ حالتِ بعد از حیض یا حالتِ التقاف واندمال۔ اور (۴) وقفہ۔

(۱) حالتِ قبل از حیض (Premenstrual Phase)۔ حیض سے آٹھ دن پیشتر یا گذشتہ ایام حیض کی ابتدا کے بیس دن بعد غدد کے طول اور ان کی جسامت میں اضافہ دکھائی دیتا ہے اور ان میں تلافیف پیدا ہونے شروع ہوجاتے ہیں۔ فرن نما زائد سے دردنوں میں بڑھ آتے ہیں اور ان کو عمیق خلیوں میں تقسیم کردیتے ہیں۔ اس اثنا میں سرحلمی خلیے 102
زیادہ طویل اور عریض ہوجاتے ہیں، اور ان سے افراز بکثرت پیدا ہونا شروع ہوجاتا ہے، جس سے کلائی یافتہ انیمیات کے دروتے مخاط سے پُر ہوجاتے ہیں۔ اتصالی بافت کا ہیکل متورم ہوکر اب دو تہوں پر مشتمل ہوتا ہے، جن میں سے ایک سطحی لبینہ اور دوسری عمیق اسفنجی تہ ہوتی ہے۔ قبل الذکر لبینہ بیزینہ (decidua compacta) کے ابتدائی درجہ سے مشابہت رکھتی ہے جو بعض مثالوں میں اس قدر نمایاں ہوتی ہے کہ حمل کو مستثنیٰ کرنا بعض اوقات مشکل ہوجاتا ہے۔ شکل ۷۶ اور صفحہ ۳ میں دروں رحمہ کی تقسیم لبینہ اور اسفنجی تہوں میں دکھائی گئی ہے۔ صفحہ ۵ میں ایک نام نہاد "کلغی دار" غدہ دکھائی دیتا ہے جو کسی زمانہ میں حمل کی علامت ممیزہ تصور کیا جاتا تھا مگر درحقیقت یہ نوبتی دور کی قبل از حیض حالت کا ایک مثالی نسیجیاتی خاصہ ہے۔ شکل ۷۶ میں دروں رحمہ کی لبینہ تہ اور اسفنجی تہ کا ایک حصہ قبل از حیض حالت میں دکھائی دیتا ہے۔ صفحہ ۳، ۱ میں غدد کے زیادہ سطحی حصوں میں یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان کے سرحلمہ میں انحطاط اور تکسر کا عمل جاری ہے۔ نیز عروق شعریہ کے درحلمہ میں انحطاط واقع ہونے کے باعث زخنی نزف بھی پایا جاتا ہے۔ ولفریڈ شا (Wilfred Shaw) نے دونوں انحطاطی تغیرات ایک ٹرپسنی خمیر (tryptic ferment) سے

منسوب کئے ہیں جس کے متعلق فرنیکل (Fraenkel) اور اشنر (Aschner) نے یہ بیان کیا ہے کہ

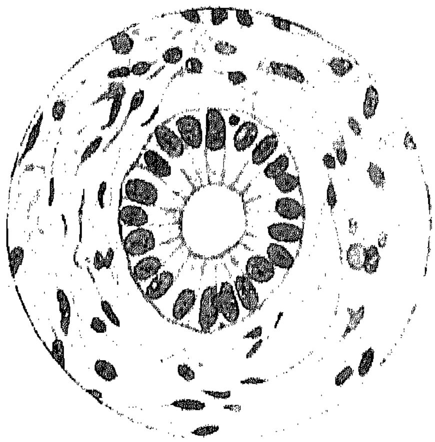


شکل ۸۰۔ حیض کے تیسرے دن درون رحم (endometrium) کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔ صرف قاعدی تہ ہی باقی رہ گئی ہے۔ اور سطح غدد سے حاصل شدہ سرطہ سے پوشیدہ ہو رہی ہے۔

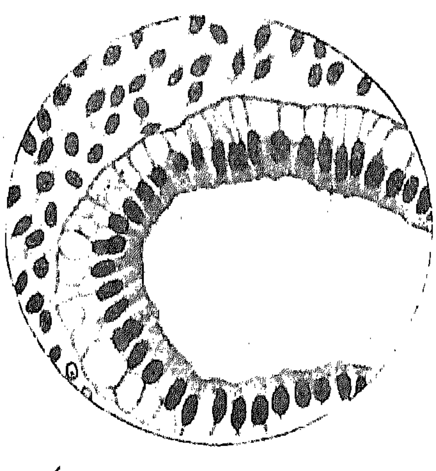
یہ حیضی سیال میں موجود ہوتا ہے۔

(۲) نزف حیض کی حالت (Phase of Menstrual Hæmorrhage)-

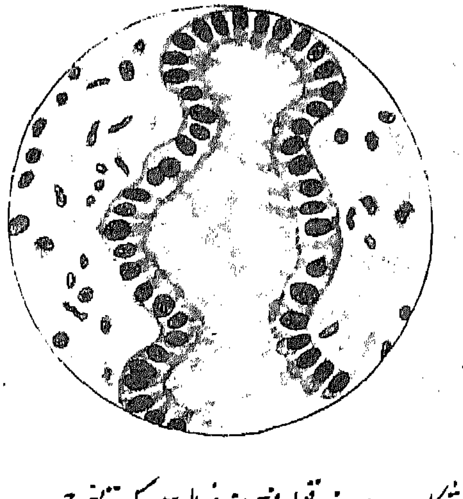
حالت حیض کے دوران میں مذکورہ بالا مخرب تغیرات سے مخاطیہ کے تمام سطحی اور اسفنجی حصے (یعنی وہ حصے جو شکل ۷۶، و ۷۷، میں ظاہر کئے گئے ہیں) اتر کر علیحدہ ہو جاتے ہیں، اور صرف قاعدی تہ ہی 108



شکل ۷۹ ۔ رحمی غدہ وقفہ استراحت کے دوران میں خلیات میں قاعدی نواتات پائے جاتے ہیں ۔ اس امر کی طرف خاص توجہ کی جائے کہ درونہ کی طرف ستونی خلیوں کا کنارہ ہموار ہے (ڈبلیو۔ شا)

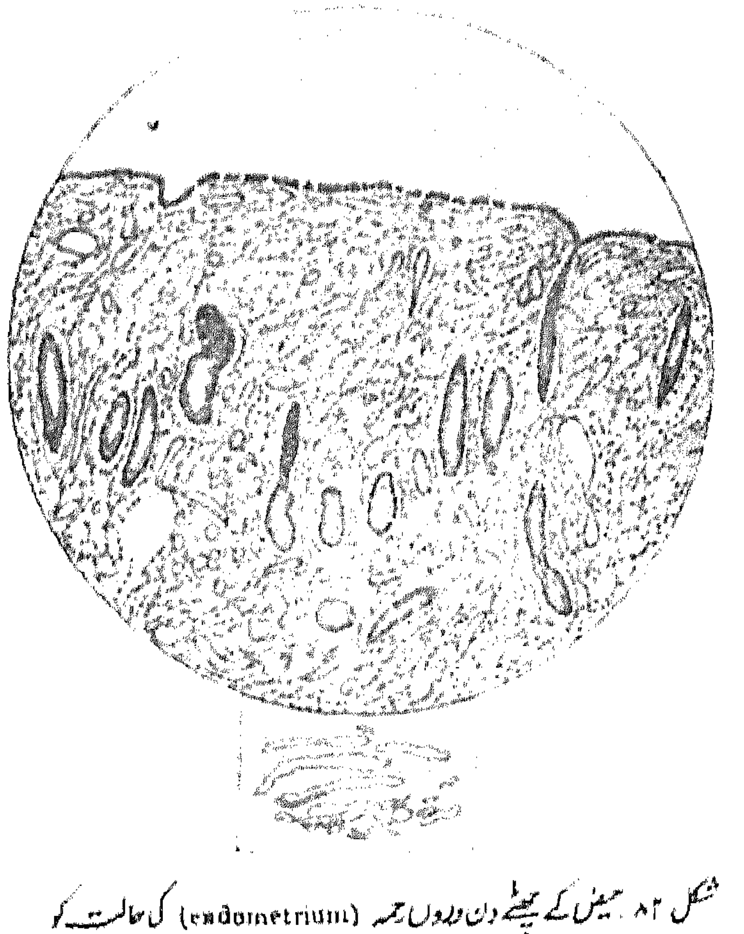


شکل ۸۰ ۔ یہی غدہ قبل از حیض فعالیت کے درجہ کی ابتدا میں ۔ نواتات اور قاعدی غشا کے درمیان کے صاف تخزمائی منطقہ کو خاص طور پر دیکھا جائے ۔
(ڈبلیو۔ شا۔)



شکل ۸۱ ۔ یہی غدہ قبل از حیض فعالیت کے متاخر درجہ میں ۔ نواتات پھر قاعدہ کی طرف آ گئے ہیں ۔ خلوی تخزنا درونہ کی طرف ناہموار ہے (ڈبلیو۔ شا۔)

باقی رہ جاتی ہے۔ صحفہ ۲ میں لبستہ اور اسفنجی تہوں کے ایسے دو قطعات دکھائی دیتے ہیں جو پہلے
اتر چکے ہیں اور یہ خون کے دروں رحمی تھکے میں پڑے ہیں۔ اور یہ معلوم ہو جانا چاہیئے کہ دوران حیض
میں دروں رحم کا اس طرح اترنا اُن تغیرات کے مشابہ ہے جو میعاد حمل کے اختتام پر دوران وضع حمل
میں پختہ مشیمہ کے علیحدہ ہونے کے وقت ظہور پذیر ہوتے ہیں۔ ریزیہ (decidua) کی قاعدی تہ
ہی صرف وہ حصہ ہوتا ہے جو نہیں اترتا۔ بالفاظ دیگر دوران حیض میں دروں رحم کے اتر کر علیحدہ ہونے
کا خطِ انفصال وہی ہوتا ہے جو مشیمہ کے علیحدہ ہونے کا (صحفہ ۴ الف اور ب کا مقابلہ کیا جائے)۔
104 (۳) حالتِ بعد از حیض (Post Menstrual Phase)۔ اس سے



شکل ۸۲۔ حیض کے چھٹے دن دروں رحم (endometrium) کی حالت کو
ظاہر کرتی ہے۔ اب یہ مکمل طور پر پوشیدہ ہو گئی ہے۔

یہ ظاہر ہوتا ہے کہ حیض بند ہونے پر مخاطیہ محض اسی قاعدی تہ پر مشتمل ہوتا ہے جو حالت قبل از حیض میں موجود ہوتی ہے۔ اس کی سطح اس وقت تک معرا رہتی ہے جب تک کہ غدد سے حاصل شدہ سر علیہ اسے پوشیدہ نہیں کر دیتا۔ اس سر علی غلاف کے طیار ہونے کا عمل بہت تیزی سے ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ یہ مخاطیہ کے اترنے کے دوش بدوش ہی شروع ہو جاتا ہو۔ شکل ۸، میں اسکی وہ حالت دکھائی دیتی ہے جو حیض کے تیسرے دن ہوتی ہے۔ شکل ۸۲ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ چھٹے دن یہ عمل مکمل ہو جاتا ہے۔ لہذا اس سے یہ معلوم ہوا کہ بعد از حیض حالت لقیہ ریزیں قاعدی غشائے مخاطی کے سطحی غلاف کی تجدید سے تعلق رکھتی ہے۔ اور جب یہ عمل تمام ہو جاتا ہے تو اس حالت کی بھی انتہا ہو جاتی ہے اور وقفہ شروع ہو جاتا ہے۔

(۴) **وقفہ** (Interval)۔ یہ استراحت کا تھوڑا سا زمانہ ہے جو فعالیت کے بار دیگر شروع ہونے سے پہلے پایا جاتا ہے۔ تجدید فعالیت نواتی خیطیت (nuclear mitosis) اور خلوی تکاثر کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ اور ولفریڈ شا (Wilfred Shaw) کے مطابق یہ چودھویں دن (اٹھائیس دن کے دور کے عین نصف میں) شروع ہو جاتی ہے، اور اس کے ظہور کے ساتھ ہی "وقفہ" کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔

قبل از حیض فعالیت کی سب سے ابتدائی حالتوں کا مطالعہ غددی خلیات کے تخر مایہ اور ان کے نوات کے اسلوب کا پتہ چلانے سے کیا جا سکتا ہے۔ شکل ۹، میں ایک رحمی غدہ حالت استراحت میں دکھائی دیتا ہے۔ اسکے خلیوں کا خاکہ درونہ کی طرف ہموار ہے، اور ان کے نوات
105 قاعدہ کی طرف واقع ہیں۔ "وقفہ" کے دوران میں خلیوں کا یہی منظر یہی ہوتا ہے۔ شکل ۸۰ تکاثر کی ابتدائی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔ اس میں قاعدی غشا اور نوات کے مابین ایک صاف تخر مائی منطقہ دکھائی دیتا ہے۔ قبل از حیض حالت کے اول ترین تغیرات اسی نواتی انتقال پر مشتمل ہوتے ہیں۔ شکل ۸۱ سے بعد کی حالت ظاہر ہوتی ہے۔ اس میں نوات کا محل دقوع از سر نو قاعدی ہو گیا ہے، لیکن سطحی تخر مایہ ناہموار طور پر درونہ کی طرف بڑھا ہوا ہے۔ یہ حالت وہی ابتدائی حالت (یعنی آئندہ ایام سے آٹھ دن قبل کی) ہے جس سے ہم نے ابتدا کی تھی۔ اور شکل ۶، و ۷، سے قبل از حیض حالت "مخاطیہ کے اترنے" کے وقت تک یعنی آئندہ دور کے پہلے دن تک ظاہر ہوتی ہے۔ اگر حمل قرار پا جائے تو کوئی "تنخر" واقع نہیں ہوتا، اور دردل رحمہ حمل کا ریزینہ بن جاتا ہے۔ اور بیضہ بستہ تہ میں مدفون ہو جاتا ہے۔ صفحہ ۴ ب میں ایک بیضہ دکھائی دیتا ہے جو حال ہی میں مدفون

ہوا ہے۔ کلنی وار غدد بدستور بڑھ رہے ہیں، اور ہیکل کے خلیات سے حقیقی ریزبنہ طیار ہو گیا ہے۔

حیض (Menstruation)۔ جو کچھ بیان کیا جا چکا ہے اس سے مطالعہ کنندہ کو بیض اور رحم کے افعال کا باہمی تعلق معلوم ہو گیا ہوگا۔ اور وہ فعلیاتی اصول بھی سمجھ میں آ گئے ہونگے جن پر اس مظہر کا جو حیض کے نام سے موسوم ہے، دارومدار ہے۔ زندگی کے بارور حصہ میں مکمل سنفی نمو یعنی بلوغ سے لیکر "سن یاس" (climacteric) تک بالغ عورت کے بھی دروں رحم سے ایک نوبتی نزف واقع ہوتا رہتا ہے۔ اس فعل کو اس کے ماہواری توازن کی وجہ سے "مینسٹروایشن" (menstruation) یا "مینسز" (menses) (ماہواری ایام) کہا جاتا ہے۔ یہ مظہر جو انواع انسان اور بعض اقسام کے بندروں تک ہی محدود ہے تولیدی فعل کی متوازن فعالیت پر دلالت کرتا ہے۔ اور "جنس انسان" (Homo) میں اسکی اہمیت سمجھنے کے لئے ہمیں تقابلی فعلیات کی طرف پھر ایک مرتبہ رجوع کرنا چاہئے۔ کیا حیض کے متعلق ہمارے جو خیالات تھے ان پر ان نتائج کا بہت گہرا اثر پڑا ہے جو بین حال میں تجرباتی اور سریری تحقیقات سے جمع کئے گئے ہیں۔ اور اس تحقیقات کا حاصل یہ ہے کہ بیض، نخامیہ، درقیہ، اور دروں رحم کے درمیانی تعلق پر زور دیا گیا ہے۔ مزید برآں چونکہ مختلف پستانیوں کے تناسلی دوروں کی تشریحی اور خلیاتی تفصیلات کا مطالعہ کیا جا چکا ہے اسلئے اب عورت کی تناسلی فعالیت کی علامات کی تطبیق ان مماثل مظاہر کے ساتھ ممکن ہے جو دوسرے حیوانات میں ہیں معلوم ہوئے ہیں۔ (دیکھو صفحات 87 تا 98)۔

انواع انسان میں سریری اور فعلیاتی صورت حالات کا خاکہ پیچیدہ ہے کیونکہ پیش شبقی مظاہر اور کاذب حمل کے مظاہر میں تراکب واقع ہو جاتا ہے۔ دور حیض کے تیرھویں دن سے لیکر سترھویں دن تک کے زمانہ میں تبویض واقع ہوتی ہے، اور اس وقت سے لیکر اس دور کے تقریباً اٹھائیسویں دن تک کاذب حمل کی حالت موجود رہتی ہے، اور اس کے بعد حیضی ریزبنہ میں تنخر واقع ہو جاتا ہے، اور خارجی نزف جاری ہو جاتا ہے۔ کاذب حمل کے زمانہ کے اختتام پر ایک پیش شبقی حالت پیدا ہو جاتی ہے جو دور حیض کے اٹھائیسویں دن اپنے انتہائی عروج تک پہنچ جاتی ہے۔ اس کے بعد ایک مختصر سا شبقی زمانہ آتا ہے جو قدرت کی طرف سے اس امر کا انتظام ہے کہ بیضہ کی باروری کو مدد ملے جو چند دن کے بعد کسی جدید جراب میں سے جس میں ابھی پختگی کا عمل جاری ہے نکلنے والا ہے۔

لہذا عورت میں طبعی حالت میں مواد حیض دروں رحم سے حاصل شدہ خون پر مشتمل ہوتا ہے،

اور یہ دو واضح اسباب کا نتیجہ ہوتا ہے :۔

(ا) وہ خون جو دروں رحمہ کے اس تنخر کا نتیجہ ہوتا ہے جو کاذب حمل کے ریزینہ کے اسقاط سے رونما ہوتا ہے ۔

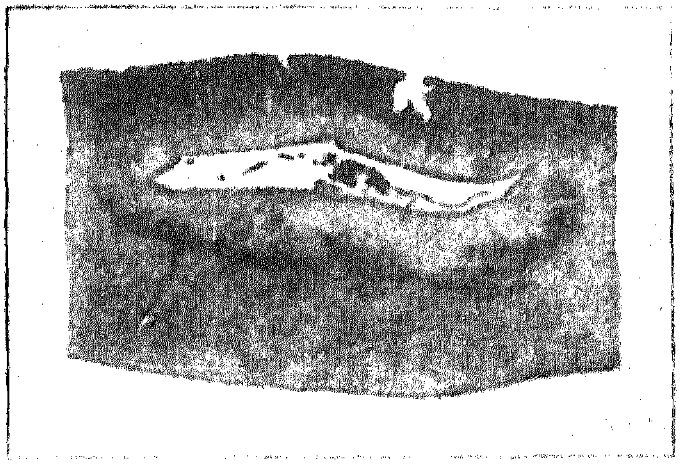
(ب) وہ خون جو تشنجی امتلا اور ہیجان دمویت کی وجہ سے عروق شعریہ کے پھٹنے کا نتیجہ ہوتا ہے ۔

106 یہ اغلب ہے کہ قبل الذکر سبب سے پیدا شدہ خون کی مقدار موخر الذکر سے بہت زیادہ ہوتی ہو ۔ انسانی دروں رحمہ کے تشریحی خواص کا مطالعہ تناسلی دور کے مختلف مدارج میں کیا گیا ہے اور اس کا ذکر کیا جا چکا ہے (صفحات 101 تا 104)۔ مگر یہ معلوم ہو جانا چاہیئے کہ دوران صحت میں سن بلوغ سے لیکر سن یاس تک دروں رحمہ درحقیقت کبھی بھی حالت سکون میں نہیں ہوتا ۔ یہ ہمیشہ یا تو اپنے فعل کو سرانجام دیتا ہوا پایا جاتا ہے، اور یا اس کے لئے طیاری میں مشغول دکھائی دیتا ہے۔ شروڈر (Schroeder) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ غدد رحم کی افرازی فعالیت کی شہادت تناسلی دور کے تیرھویں دن پائی جاتی ہے، اور آئندہ دنوں میں موجود رہتی ہے۔ یہ فعالیت دور کے دوران میں بڑھ جاتی ہے، مگر غدد کے افراز میں اختباس واقع ہو جاتا ہے جو بتدریج بڑھتا جاتا ہے، کیونکہ دروں رحمہ کی سطحی تہوں کے ہیکلی خلیات کی بالیدگی کی وجہ سے قناتوں میں انقباض پیدا ہو جاتا ہے ۔ یہ متسع غدد جو افراز سے پر ہوتے ہیں بالعموم غدی فعالیت کا ثبوت تصور کئے جاتے ہیں، اور یہ قبل از حیض حالت کا ایک خاصہ ہیں ۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ دروں رحمہ کی جو تراشیں تناسلی دور کے سترھویں دن سے لیکر آئندہ دنوں میں لی جاتی ہیں اُن میں عام طور پر چند متمدد غدد دکھائی دیتے ہیں جن میں مثالی " قرن نما " زائدے پائے جاتے ہیں۔ جوں جوں تناسلی دور کے دن گذرتے جاتے ہیں ان غدد کی تعداد میں اضافہ ہوتا جاتا ہے، کیونکہ مزید قناتوں میں انقباض واقع ہوتا جاتا ہے۔

رحمی غدد کی فعالیت تمام پستانیوں میں پیش شبقی حالت (pro-œstrum) کا خاصہ ہے، اور اغلب ہے کہ انواع انسان میں بھی ایسا ہی ہو۔

ایڈلر (Adler) نے اس امر کی طرف سب سے پہلے اشارہ کیا تھا کہ قبل از حیض حالت کا دروں رحمہ ابتدائے حمل کے ریزینہ سے ایک بہت بڑی حد تک مشابہ ہوتا ہے ۔ یہ مشابہت اتنی قریبی ہے کہ جو دروں رحمہ اس درجہ میں ہوتا ہے اس کو اب "حیضی ریزینہ" (menstrual decidua) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ سطحی ہیکلی خلیات کی جسامت کے بڑھنے اور ان کے

متغیر مناظر سے ایک معین "بستہ طبقہ" (stratum compactum) تیار ہو جاتا ہے' اور منتسع غدد سے جو افراز سے متمدد ہوتے ہیں ایک بخوبی نمایاں "اسفنجی طبقہ" (stratum spongiosum) بن جاتا ہے جو بخوبی نمایاں ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۴ ل اور شکل ۸۲ ل)۔



شکل ۸۲ ل۔ یہ خرد عکسی تصویر تمام دروں بطانۂ رحم کے دروں کی عمودی تراش سے' جو طبعی حیض کے پہلے دن لی گئی تھی' تیار کی گئی ہے۔ دروں میں استقاط کا حیضی تھکا موجود ہے جیضی دروں رحم یا ریزیدہ "بستہ طبقہ" اور "اسفنجی طبقہ" میں متمیز ہے۔ موخر الذکر منتسع اور دوری غدد سے مرکب ہے جن میں یہ تغیرات قناتوں کے ' بستہ طبقہ کی وجہ سے ' مضیق ہو جانے سے پیدا ہوئے ہیں (واشٹ کوٹ)

107 جہاں تک تشریحی ساخت کا تعلق ہے حیض اور حمل کے ریزیدے درحقیقت متماثل ہوتے ہیں۔ اور ان میں فرق صرف درجہ کا ہوتا ہے' جس پہ پیش شبقی تہیج اور امتلا کا اضافہ مستزاد ہے (دیکھو صفحہ ۴ ب)۔

ایڈلر (Adler) اور ہٹشمین (Hitschmann) کی یہ رائے تھی کہ جب دروں رحم کا نمو مکمل ہو چکتا ہے تو عدم استقرار حمل کی حالت میں نزف صرف اس لئے واقع ہوتا ہے کہ مخاطیہ کے غدد اپنا افراز خارج کر دیتے ہیں۔ اور خون کا یہ جریان فعلیاتی دور کے اختتام کو ظاہر کرتا ہے۔

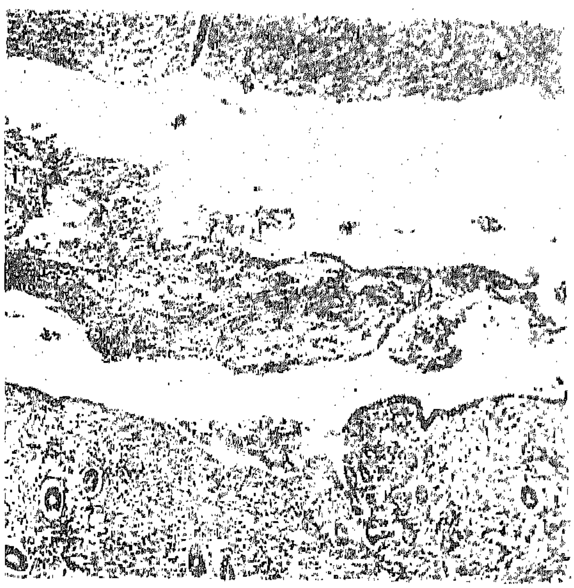
صفحہ ٦



دروں رحم (Endometrium) کی بستہ اور اسفنجی تہوں کے ٹکڑے جو دورانِ حیض میں اترے ہیں اور خون کے
دررحمی تھکے میں پڑے ہیں (ڈبلیو شا۔)

مگر جدید تحقیقات سے یہ معلوم ہوا ہے کہ حیض کی ابتدا پر بستہ تہ (stratum compactum) کے سطحی خلیوں میں تنخر پایا جاتا ہے۔ نووبک (Novak) نے اس عمل کو ایک "ریزہ شکن" (crumbling) سا لاثانی عمل بیان کیا ہے جس میں ذرات دار انحلاط یافتہ مخاطیہ کی چھوٹی چھوٹی دھجیاں اور ٹکڑے اتر جاتے ہیں، حتیٰ کہ صرف "قاعدیہ" (basalis) ہی باقی رہ جاتا ہے، اور شاذ چند "اسفنجی" باقیات (spongiosal rests) بھی موجود رہتے ہیں۔

طبعی حالت میں جو عمل واقع ہوتا ہے مذکورہ عبارت اس کا صحیح صحیح بیان ہے، اور یہ معلوم کرنا ضروری ہے کہ جسم رحم کے غدد کا افراز صرف اس وقت خارج ہوتا ہے جب کہ تنخر کی وجہ سے سطحی تناؤ اور قناتوں پر کا دباؤ زائل ہو جاتا ہے۔



شکل ۸۳ ب۔ حیضی "ٹکڑا" طبعی حیض کے پہلے دن رحم کے درونہ میں پڑا ہوا ہے۔ یہ ٹکڑا "بستہ طبقہ" کی سطحی تہوں کے تنخر کے حاصلات سے طیار ہوا ہے۔
(وائٹ ہوس سے)

تنخر حیضی ریزینہ حقیقت میں غیر مطلوبہ ریزینہ کا ماہواری اسقاط ہی ہے کہ نطفہ رحم میں

اس سے ایک چھوٹا سا روبہ بن جاتا ہے جس کا مظاہرہ کہفۂ رحم کی ان تراشوں میں بآسانی کیا جا سکتا ہے جو حیض شروع ہونے کے ایک دو گھنٹہ کے اندر اندر لی جاتی ہیں (دیکھو شکل ۸۳ ا و ب)۔ یہ حیضی تھکا بعد میں ایک ٹرپسی خمیر (tryptic ferment) یا تھرامبولائی سن (thrombolysin) کی وجہ سے تحلیل ہو جاتا ہے جو جسیم رحم کے غدد میں موجود ہوتے ہیں۔

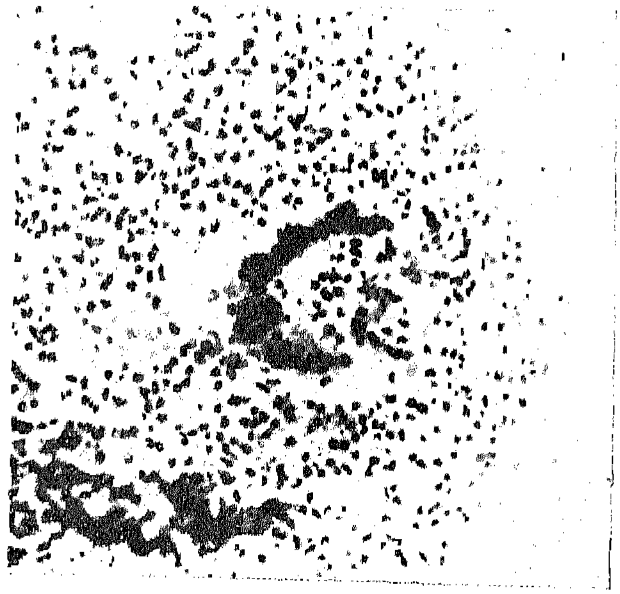
لہٰذا "سائل حیض" یا حیض کا مواد اس روبہ کے خود پاشیدہ حاصلات پر مشتمل ہوتا ہے جن کے ساتھ رحمی غدد کا مخاطیسی افراز بھی موجود ہوتا ہے (مخاطین = ۳۳ فیصدی)۔ اس میں قدرتاً 108
فائبرین (fibrin) یا فائبری نوجن (fibrinogen) موجود نہیں ہوتی تاوقتیکہ جزوی طور پر خود پاشیدہ علقے (thrombi) موجود نہ ہوں۔ اور یہ اکثر ان کے بغیر ہی ہوتا ہے۔ اس میں کیلسیم کی بہت سی مقدار موجود ہوتی ہے کیونکہ جسمی غدد کا افراز اسی میں ملا ہوتا ہے (بلیئر بل : Blair Bell)۔ کثیر الاشکال نواتی خلیات اس مواد میں بکثرت پائے جاتے ہیں، اور آٹیوڈین کے شاسبات کی شناخت بھی کیا جا سکتی ہے۔ اس میں لیکٹک ایسڈ کی بھی معتدبہ مقدار موجود ہوتی ہے۔ اور یہ اسی عقیم حیضی مواد میں بھی پایا جاتا ہے جو ہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) سے حاصل کیا جائے (دیکھو صفحہ 160)۔

جب خونِ حیض کا امخاض کرنے کے بعد مطروح کا خردبین سے امتحان کیا جاتا ہے تو درونِ رحمی اصل کے سرطلی فواصل اکثر شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ اگر مواد کا نمونہ حیض شروع ہونے کے تیسرے یا چوتھے دن لیا جائے تو اس میں حیضی بافت کا وجود ثابت کرنا زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ مگر احتیاط سے تلاش کرنے پر رحمی غدد اور ہیکلی خلیات دونوں کے "ہیولے" نظر آتے ہیں (دیکھو شکل ۸۴ ا اور ۸۴ ب)۔

جہاں تک اس میکانیہ کا تعلق ہے جو حیضی روبہ (menstrual coagulum) کی خود پاشیدگی کا موجب ہوتا ہے اس امر کی شہادت موجود ہے کہ درون رحمی ہیکل میں تھرمبوکائینیز (thrombokinase) خاص طور پر بکثرت موجود ہوتی ہے (وائٹ ہوس[لہ])۔ بخلاف اس کے جسمی غدد کے افراز میں ایک ٹرپسی خمیر (tryptic ferment) یا تھرامبولائی سین (thrombolysin) موجود ہوتی ہے جو علقہ کو توڑ دیتی ہے، اور اس طرح حیضی اسقاط کے

[لہ] See "Hunterian Lecture," *The Lancet*, March 28 and April 4, 1914.

اخراج میں مدد دیتی ہے۔ یہ خیال بھی ظاہر کیا گیا ہے کہ چونکہ تنفر امیولائی سین کی موجودگی میں علقہ نہیں بن سکتا اس لئے دروں رحمی تھکے کی پیدائش امراضیاتی عمل ہے" اور یہ تندرست طبعی فصل پہ



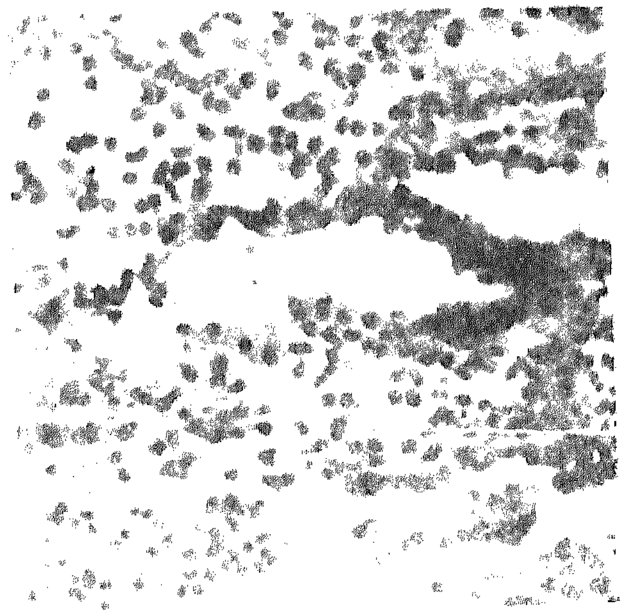
شکل ۴۸ ا۔ مواد حیض کی خرد عکسی تصویر جس میں رحمی غدد کا "ہیولا" (ghost) دکھائی دیتا ہے۔ کثیر الاشکال نواتی خلایا (polymorpho-nuclear cells) کی بہت سی دراندازی موجود ہے۔ ۳۰۰x (وائٹ ہوس۔)

دلالت نہیں کرتا۔ مگر اس اعتراض میں یہ اہم امر نظر انداز کر دیا گیا ہے کہ اس فعل کے نتیجہ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ تنفر امیولائی سن کی کوئی مقدار بھی اس وقت تک خارج نہیں ہو سکتی جب تک کہ جھلی دریزیہ 109
کے سطحی تنخر کے نتیجہ کے طور پر پہلے رو بہ نہ ہو جائے۔

اور یہ امر کہ علقہ پاشیدگی (thrombolysis) بالعموم مکمل نہیں ہوتی اُس وقت ظاہر ہوتا ہے جب کہ طبعی حیض کے مواد کا باقاعدہ امتحان کیا جائے۔ موادِ حیض کا احتیاط سے امتحان کرنے پر ۵، فی صدی نمونوں میں خون کے چھوٹے چھوٹے تھکے موجود ہوتے ہیں" اور اس امر کے متعلق جو اطلاع مریض دیتے ہیں اس کا یقین نہیں کیا جا سکتا" کیونکہ عام عورتیں ان چھوٹے چھوٹے

روبوں کو جن میں عمل تحلیل جاری ہوتا ہے تھکے قرار نہیں دے سکتیں۔

انواعِ انسان میں پھر حیض کیا چیز ہے؟ اگرچہ زمانہ ماضی میں بہت سے نظریہ جات پیش کئے گئے تھے مگر موجودہ تحقیقات کی روشنی میں جو تولیض اور جسم اصفر کے متوبر کی گئی ہے بظاہر یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس فعل کو ابتداءً کاذب حمل کی حالت کا اختتام تصور کرنا چاہئے اور اس کا مطلب دوسرے الفاظ میں یہ ہے کہ یہ علامِ الحمل شنحرریزینہ کے اسقاط کا عمل ہے۔ علاوہ ازیں اس صورت حالات میں غدی فعالیت، اور پیش شبقی زمانہ کے امتلا اور تہیج سے جو ابتدائی مظہر یہ متراکب



شکل ۱۳م ب۔ مواد حیض کی خردعکسی تصویر جس میں اختلاط یافتہ رحمی غدد اور دروں رحمی ہیکل (endometrial stroma) کا ایک ٹکڑا (ل) دکھائی دیتے ہیں۔
(وائٹ ہوس۔)

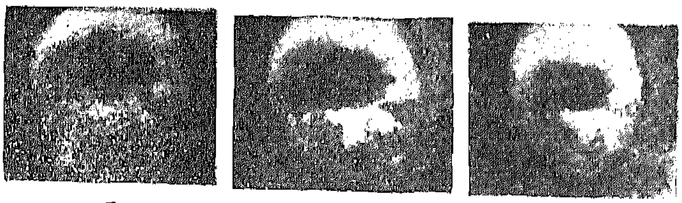
ہوجاتے ہیں پیچیدگی پیدا ہوجاتی ہے۔

حیض، اسقاط اور حمل کے ابتدائی مہینوں میں واقع شدہ اسقاط کے درمیان بہت نمایاں مشابہت پائی جاتی ہے، جب ان دونوں اعمال کا مقابلہ کیا جاتا ہے تو ہر ایک میں عنق میں

نرمی اور اتساع پایا جاتا ہے (شکل ۸۵، ہنسل مین) اور ہر ایک میں رحمی انقباضات موجود ہوتے ہیں، اور ہر ایک میں تنخیر ریزیہ انجام کار خارج ہوجاتا ہے۔

یہ امر اچھی طرح سمجھ لینے سے کہ عورت میں عملِ حیض ایک مرکب فعل ہے، جو دو علیحدہ علیحدہ اور ممیز افعال سے تعلق رکھتا ہے جن میں سے ہر ایک ایک خاص فعلیاتی مقصد کو سرانجام دیتا ہے مگر دوسرے میں مدغم ہوجاتا ہے، یہ مسئلہ آسان ہوجاتا ہے جو بصورتِ دیگر پیچیدہ اور مشکل ہے۔

110 کینن[له] (Cannon) نے حال ہی میں اس تمام مسئلہ پر بالتفصیل نظرِ ثانی کی ہے۔ اور اس نے اس امر سے مطابقت کرتے ہوئے کہ عورت میں حیض تناسلی دور کی پیش تشبیقی اور کاذب الحمل یا لیوٹینی حالتوں کا "ادغام" ہے، اس خیال کا اظہار کیا ہے کہ پیش تشبیقی حالت دورِ حیض کے اختتام پر بیسویں دن کے قریب شروع ہوتی ہے، اور جریانِ حیض یا ریزیہی اسقاط کے شروع ہوتے ہی ختم ہوجاتی ہے۔ کینن (Cannon) اور زکرمین (Zuckermann) کا بھی یہ خیال ہے کہ حیض نہ صرف کاذب حمل کے اختتام کو ظاہر کرتا ہے بلکہ پیش تشبیقی حالت بھی



ج　　　ب　　　ا

شکل ۸۵۔ عنقِ رحم جیسی کہ یہ عملِ حیض کے زمانہ میں دکھائی دیتی ہے۔ ابتدائے "ایام" پر فمِ خارجی (os externum) بند ہوتا ہے۔ (ا) جب تک حیض اچھی طرح سے جاری نہیں ہوجاتا فمِ خارجی کا اتساع بتدریج بڑھتا جاتا ہے، حتیٰ کہ امتحان کرنے والی انگلی کا سرا اس میں داخل ہوسکتا ہے۔ متسع فم (ب) اور (ج) میں دکھایا گیا ہے۔ (ہنسل مین کے مطابق۔)

له Journ. of Obstetrics & Gyn. Brit. Emp., 1931. Vol. 38, No. 4, p. 743

اس پر ختم ہو جاتی ہے۔ اس خیال کی تائید فرینک (Frank) کے اس بیان سے ہوتی ہے کہ حیض کے پہلے دن کے بعد ایسٹرین (œstrin) دورانِ خون سے غائب ہو جاتی ہے۔ ان حالات کی بنا پر تناسلی دور کو مندرجہ ذیل طریقہ سے ظاہر کیا جاسکتا ہے:۔

تناسلی دور کے ایام

حالت	واقعات	ایام	زمانہ
"مثبت" حالت۔ (۱۳ تا ۲۷)	تبویض	۱۳	
	جسم اصفر کا نمو اور تشبقی ریزینہ کی بالیدگی۔ (۱۴ تا ۲۶)	۱۴	کاذب حمل (بعد تشبقی زمانہ)۔ (۱۴ تا ۲۶)
		۱۵	
		۱۶	
		۱۷	
		۱۸	
		۱۹	
		۲۰	پیش تشبقی زمانہ (۲۰ تا ۲۸)
		۲۱	
		۲۲	
		۲۳	
		۲۴	
		۲۵	
		۲۶	
	بیضہ کی ہلاکت۔	۲۷	
"منفی" حالت۔ (۲۸ تا ۱۳)	جسم اصفر کا انحطاط اور ریزینہ کا تنخر۔	۲۸	
	تحیض۔ (متنخر ریزینہ کا اسقاط۔) (۱ تا ۵)	۱	
		۲	
		۳	
		۴	
		۵	
	جراب کی پختگی۔ (۶ تا ۱۳)	۶	تشبقی زمانہ (۶ تا ۱۳)
		۷	
		۸	
		۹	
		۱۰	
		۱۱	
		۱۲	
		۱۳	

اس مظہر کی آخری اور فعلیاتی نقطۂ نظر سے صحیح توضیح خواہ کچھ بھی ہو لیکن سر سری مشاہدہ سے یہ معلوم کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ خواہش مقاربت (شبق) اختتامِ حیض پر سب سے زیادہ ہوتی ہے ۔ اور تناسلی دور کے اس درجہ میں مقاربت کے بارور ثابت ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے ۔ عملی نقطۂ نظر سے اس امر کو تسلیم کرنا بھی ضروری ہے کہ اگرچہ مثالی حیض طبعی طور پر دو فعلیاتی اسباب کا نتیجہ ہے، مگر یہ ممکن ہو سکتا ہے کہ یہ صرف ایک ہی کا مظہر ہو ۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ بندروں میں تبوّض کے بغیر حیض جاری ہو سکتا ہے ۔ اور عورت میں بھی اس قسم کا رحمی جریانِ خون بعض اوقات یقیناً وقوع پذیر ہوتا ہے ۔ آختہ بندروں میں چھ سے لیکر آٹھ دن تک ایسٹرین (oestrin) کا اشراب کرنے اور پھر اس مہیج کو بند کر دینے سے رحمی نزف پیدا کیا جا سکتا ہے (کارنر ۔ ایلن ۔ ہارٹ مین) ۔ ایسا صرف اسی حالت میں ظہور پذیر ہوتا ہے جبکہ تخامیہ کا مقدم لخمتہ موجود ہو، اور یا زیرِ بالہ بر آوردہ حیوانات کی صورت میں ایسٹرین (oestrin) کے ساتھ اس کے مقدم لخمتہ کے خلاصے بھی شامل ہوں ۔ ہارٹ مین (Hartmann) نے حال ہی میں ان امور کی، یا زیادہ صحیح طور پر ان متضاد امور کی توجیہ نزفِ حیض اور اس جریانِ خون کے درمیان، جو بیضہ کے انفصاب کے ابتدائی درجہ میں ریز بیضہ میں واقع ہوتا ہے، مشابہت قائم کرنے سے کی ہے ۔ چنانچہ وہ عورت کے عملِ حیض کو، امراضیاتی نظریہ تصور کرنے کی بجائے جیسے عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے اور جس کی بنا جسمِ اصفر کے تکسر پر رکھی گئی ہے، ایک فعال فعلیاتی سبب کے ساتھ منسوب کرتا ہے ۔ اس لحاظ سے وہ ینگ (Young) کی تائید کرتا ہے جس نے کئی سال پہلے اس امر کی طرف اشارہ کیا تھا کہ رحم کی غشائے مخاطی میں اور اسی غشا سے نزف ہونے کا واقع ہونے کی حالت ان پستانیوں میں پائی جاتی ہے جن میں بارور دور کی تناظر حالت میں اسی خطہ میں مشیمیت کے ساتھ خون کی آزادانہ وعایدری پائی گئی ہو اگر ایسا ہوتا بھی ہے اور حیضی نزف کسی ٹاکسین (toxin) یا ہارمون کا نتیجہ ہوتا ہے جو بیض اور رحم سے باہر پیدا ہوتا ہے مثلاً بر بالہ میں، تو جیسا کہ کینن (Cannon) نے کہا ہے "اس سے ہم کو ان شرائط کو نظر انداز نہ کر دینا چاہئے جن کی تکمیل اس قسم کی کسی فرضی چیز کے بروئے کار آنے سے قبل ناگزیر ہے" ۔

حیض کا توازن (Menstrual Rhythm) ۔ فعلِ حیض کے تمام پہلوؤں میں سے وہ میکانیہ جو طبعی صورت حالات کے دور کو منظم اور باقاعدہ رکھتا ہے نہایت ہی دلچسپ ہے، اور اس کے متعلق ہمیں بہت ہی کم واقفیت حاصل ہے ۔ نظامِ قدرت میں یہ ایک

تعجب خیز امر معلوم ہوتا ہے کہ تناسلی فعل کی فعلیاتی فعالیت عضویات کی اکثریت میں خواہ وہ اعلیٰ ہوں یا ادنیٰ ایک دوری ہمر اختیار کرتی ہے۔ جہاں تک عورت کے تناسلی دور کا تعلق ہے یہ ایک مسلمہ امر ہے کہ بدن کا عمومی عمل تحول تناسلی فعل کے ماہواری توازن سے مطابقت کرتا ہے۔ اور اساسی تحول کے دوری اختلافات (ویکمین :Wakemann)، اور جسم کی تپش، اور خون کے کیلسیئم اور آئیوڈین کے مشمول، اور کاربوہائیڈریٹس کے تحول اور امونیا کی قدر سے یہ ثابت بھی ہوتا ہے (بانڈ :Bond)۔ اساسی تحول کی شرح کے متعلق کے۔ رابرٹس (K. Roberts) نے ہمارے شعبہ (ب۔ ڈبلیو) میں تحقیقات کرتے ہوئے حال ہی میں ویکمین کے مشاہدات کی تصدیق کی ہے۔ اور اس نے یہ ثابت کیا ہے کہ دورِ حیض خود بخود چار حالتوں میں تقسیم ہو جاتا ہے جو دروں رحمہ کے نمو کے مختلف مدارج سے قریبی طور پر متناظر ہیں۔ قبل از حیض حالت میں تحول کی شرح بتدریج بڑھتی جاتی ہے، اور یہ حیض کے جاری ہونے سے چار یا پانچ دن قبل اپنی اعظم مقدار کو پہنچ جاتی ہے۔ "ایام" کے شروع ہونے سے دو یا تین دن قبل اس میں مبینہ کمی واقع ہو جاتی ہے، اور اس کی مقدار اقل رہ جاتی ہے۔ اس کے بعد منحنی بتدریج اوپر اٹھتا جاتا ہے حتیٰ کہ مقدار مذکورہ طبعی سے بڑھ جاتی ہے، اور یہ حالت فعل حیض کی ابتدا پر پائی جاتی ہے۔ دورانِ حیض میں اساسی تحول کی قیمت طبعی سے زیادہ ہوتی ہے، اور مستقل رہتی ہے، اور اس میں ۳ فی صدی سے کم کی بیشی واقع ہوتی ہے، اور اس طرح "حیضی سطح مرتفع" (menstrual plateau) بن جاتی ہے۔ اختتامِ حیض پر اس میں دفعتہً طبعی مقدار سے ۵ فی صدی کی واقع ہو جاتی ہے۔ یہ حالتیں اس قدر معین معلوم ہوتی ہیں کہ جیسا کہ رابرٹس (Roberts) نے بیان 112
کیا ہے تحول کی شرح کے منحنی کے مطالعہ سے اس حقیقی حالت کا اندازہ کر لینا ممکن ہے جس میں رحمی دروں رحمہ پایا جائیگا۔

یہ ایک قدرتی امر ہے کہ فعلیاتی عمل کی تحقیقات سے حیضی توازن کی توجیہ کی کوشش اسکو ایک [illegible] بنیادی میکانیوں کا مظہر قرار دینے سے کی جاتی ہے۔ اس قسم کا میکانیہ خواہ ابتداءً بیض سے تعلق رکھتا ہو یا انتخامیہ سے دوریت کی توضیح کا مسئلہ جو فطرتِ انسان کے کسی دوری عامل سے تعلق رکھتا ہے اور جو اتنا ہی بعید از فہم ہے جس قدر کہ اصلِ حیات خود ہے، غالباً فلسفہ سے تعلق رکھتا ہے، اور فعلیات سے تعلق نہیں رکھتا (نوویک :Novak)۔ عورت میں دورِ حیض کے توازن کے سلسلہ میں نخامی اور مبیضی ہارمونوں کو خواہ کوئی بھی درجہ حاصل ہو یہ امر قرین قیاس معلوم ہوتا ہے کہ

یہ تمام میکانیہ غالباً ایک مرکز کی وساطت سے جو زیر عرشہ (hypothalamus) میں واقع ہے عصبی نظام کے ضابطہ اثر کے ماتحت ہے۔ اس قسم کے نظریہ کی تصدیق حیوانات میں تجربتہً معکوس فعل پیدا کرنے پر بعض فعل کے شروع ہو جانے، اور النساقی موضوع میں اسی قسم کی فعالیت کے نفسی تاثرات سے نتیجتہً ظہور پذیر ہو جانے سے ہوتی ہے۔ یہ تمام موضوع انتہائی درجہ کا پیچیدہ ہے، اور جب تک مشارکی عصبی نظام اور اندرونی افرازی غدد کا درمیانی تعلق بخوبی واضح نہیں ہو جاتا ہم تولیدی فعل کے مبادیات کو اور خاص کر ان اسباب کو جن پر اسکے توازن کا انحصار ہے اچھی طرح سے سمجھ نہیں سکتے۔

حیض کے سریری خواص۔ حیض کی ابتدا لڑکی کے صنفی بلوغ کو پہنچنے کی عام طور پر پہلی علامت ہوتی ہے۔ برطانیہ عظمیٰ میں یہ تقریباً چودہ سال کی عمر میں شروع ہو جاتا ہے، لیکن توارث، تغذیہ، ماحول، اور پیشہ کے لحاظ سے اس میں کچھ کمی بیشی واقع ہو جاتی ہے۔ بڑے بڑے شہروں میں آبادی کی گنجانی اور جدید طرز زندگی کے مطابق ہر ایک صنف کے افراد کے اختلاط سے اعلیٰ عصبی مراکز میں جلد ہیجان پہنچتا ہے، اور اس طرح یہ صورت حالات متبادر صنفی نمو کا بالواسطہ باعث ہوتی ہے۔

ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آب و ہوا کا بھی اس عمر پر کسی قدر اثر پڑتا ہے جس عمر میں حیض شروع ہوتا ہے جیسا کہ ہندوستان، آسٹریلیا، اور جاوا کی عورتوں میں یہ جلد آنے لگتا ہے منطقہ حارہ کے باشندوں کے متعلق عام طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ یہ صنفی بلوغ کو قاعدۃً جلد پہنچ جاتے ہیں، اور ان میں پہلا استقرار حمل بارہ سال کی عمر میں اکثر دیکھنے میں آتا ہے مگر آب و ہوا کی نسبت نسل کا اثر زیادہ اہم ہے، مثلاً ایلاسکا کی اسکیمو عورتوں میں تیرہ سال کی عمر میں حیض شروع ہو جاتا ہے، اور یورپ میں سرویا کے، اور افریقہ میں سیرالیون کے باشندوں میں یہ آٹھویں اور دسویں سال کے درمیان شروع ہوتا ہے۔ سمالی لینڈ کی حبشی عورتوں میں اس کی ابتداء اسولہ سال کی عمر پر ہوتی ہے۔ اور امریکہ کے ان اصلی باشندوں میں جو منطقہ قطب شمالی میں رہتے ہیں یہ ساڑھے بارہ برس کی عمر میں شروع ہوتا ہے۔ اینگل مین (Englemann) نے ریاستہائے متحدہ امریکہ اور کینیڈا کی سفید فام عورتوں میں سن ابتدائے حیض کی تحقیق کی ہے، اور اس نے ۲۰۰۰ عورتوں سے معلومات حاصل کرنے کے بعد اوسط سن مذکور چودہ مقرر کیا ہے۔

اس مؤلف نے آب و ہوا کے مختلف اقسام کے زیر اثر جو خلیج ہڈسن اور خلیج میکسیکو کے

درمیانی علاقہ میں پائے جاتے ہیں سن ابتدائے حیض میں بہت کم اختلاف پایا جاتا ہے۔

اگرچہ یورپی نسلوں میں ابتدائے حیض کی اوسط عمر چودہ سال خیال کی جاسکتی ہے، لیکن یہ ضروری ہے کہ طبعی بلوغ کے حدود کافی وسیع یعنی بارہ سال سے سولہ سال تک مقرر کئے جائیں۔ پانچ سے آٹھ سال تک کی عمر میں تمام دم حیض کے جاری ہونے کی بہت سی مثالیں قلمبند کی جاچکی ہیں، لیکن ان میں سے چند ہی عمل حیض کی صحیح مثالیں تسلیم کی جاسکتی ہیں، کیونکہ امراضیاتی حالتوں کو مستثنیٰ کرنے کی کماحقہ احتیاط نہیں کی گئی۔ مگر اس امر میں کچھ شک نہیں کہ تمام دم حیض کے حقیقی مریض بھی بعض اوقات دیکھنے میں آتے ہیں، کیونکہ نیک (Nacke) نے حال ہی میں ایک 113
مریضہ کے حالات قلمبند کئے ہیں جس کو ساڑھے تین سال کی عمر میں چار چار ہفتہ کے وقفہ پر حیض باقاعدہ آنا شروع ہوگیا تھا۔ اور پانچ سال کی عمر میں بلوغ کے جملہ امارات کمل طور پر نمو یافتہ تھے۔

حیض کا ہر ایک دورہ اوسطاً چار سے پانچ دن تک جاری رہتا ہے۔ لیکن مدت اور مقدار نزف کے لحاظ سے کئی ایک انفرادی اختلافات دیکھنے میں آتے ہیں۔ دو دن سے کم اور سات دن سے زیادہ مدت غیر طبعی تصور کی جاسکتی ہے۔ مقدار نزف کا کوئی معیار قائم نہیں کیا جاسکتا، لیکن عملی مقاصد کے لئے کسی فرد معینہ میں خون حیض کا اس کی معمولی ماہواری مقدار سے کم یا زیادہ آنا خون کی ضائع شدہ حقیقی مقدار سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ جو مقدار ایک عورت کے لئے طبعی ہو وہ کسی دوسری کیلئے مفرط ہو۔ خون حیض میں چھوٹے چھوٹے تھکے بالعموم موجود ہوتے ہیں لیکن بڑے بڑے تھکے اس میں صرف اس وقت بنتے ہیں جبکہ جریان خون بہت کثرت سے ہو رہا ہو۔

ابتداء میں نزف بالعموم قلیل ہوتا ہے، اور دوسرے یا تیسرے دن اپنی انتہائی مقدار کو پہنچ جاتا ہے۔ پہلے پہل مواد کی رنگت گلابی ہوتی ہے، اور یہ خاصکر لزج ہوتا ہے، اور اس میں مخاط کی بہت بڑی مقدار موجود ہوتی ہے جو عنقی غدد سے آتی ہے، اور اس میں خون بہت کم مقدار میں ہوتا ہے۔ بعد ازاں یہ شوخ سرخ ہوجاتا ہے، اور حیض کے اختتام پر اس میں دوبارہ تھوڑی سی جھلک پیدا ہوجاتی ہے۔ اکثر اوقات ایسا ہوتا ہے کہ جریان حیض چوبیس گھنٹہ یا اس سے زائد عرصہ کے لئے موقوف ہوجاتا ہے، اور پھر جاری ہوکر اپنا طبعی عمر اختیار کرلیتا ہے۔

دو حیض کی اوسط مدت تقریباً اٹھائیس دن ہے، لیکن اس میں بھی اختلاف پایا جاتا ہے۔ بہت سی تندرست عورتوں میں یہ مدت صرف اکیس دن ہوتی ہے، اور بعض میں پانچ ہفتہ تک دیکھنے میں آتی ہے لہٰذا حیض کے طبعی توازن کے حدود تین سے پانچ ہفتہ تک مقرر کئے جاسکتے ہیں۔

کسی فرد معینہ کے طبعی توازنِ حیض کا تغیر زیادہ اہم امر ہے۔ حیض کے آغاز سے لیکر اس کے توازن کے منظم ہونے تک اکثر ایک یا دو سال کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ اور اس دوران میں وقفے عموماً زیادہ طویل ہوتے ہیں۔ مگر بعض اوقات ابتدا میں حیض جلد جلد آتا ہے، اور نزف بکثرت ہوتا ہے، اور ساتھ ہی درد بھی ہوتا ہے۔

چند قابلِ شناخت تغیرات خود رحم میں واقع ہوتے ہیں۔ حیض شروع ہونے سے عین پہلے رحم بالعموم دباؤ پر حساس ہوتا ہے، اور یہ غالباً قبل از حیض امتلا کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اکثر اوقات بیض اور فلوپی نلیاں بھی نامناسب طور پر حساس ہوتی ہیں۔ جریانِ حیض کے دوران میں عنقِ رحم حمل کے ابتدائی زمانہ کی طرح واضح طور پر نرم ہوتی ہے، اور اس کی قنال بھی کسی قدر متسع ہوجاتی ہے، جسمِ رحم بھی نرم ہوتا ہے، چنانچہ رحم کی مقامی کیفیتیں اس اسقاط کے مشابہ معلوم ہوتی ہیں جو ابتدا حمل ہی میں واقع ہوگیا ہو (شکل ۸۵ - مقابل ہیں)۔ اس مشابہت کی وجہ سے بے قاعدگی حیض کی تشخیص میں جبکہ یہ ایک غیر طبعی طویل عرصہ کے بعد شروع ہوا ہو دقت پیش آتی ہے۔ اس حالت میں صرف واضح مضغتی ساختوں کے اخراج ہی سے اسقاط کی تشخیص کی توثیق کی جاسکتی ہے۔

اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ دورانِ حیض میں انقباضاتِ رحم سے عنق کا ہے گا ہے تسع ہوجاتی ہے، جس سے حاصلاتِ حیض کے خارج ہونے، اور عنق سے اسی وقت بآسانی گذر جانے کے دو مقصد پورے ہوجاتے ہیں۔ یہ انقباضات دیوارِ رحم کے عروقِ خون کے قطر میں کمی واقع کرنے کے باعث انسدادِ جریانِ خون کو بھی غالباً مدد پہنچاتے ہیں۔ انجام کار رحم ایک دفعہ اور محکم اور سخت ہوجاتا ہے۔

حیض کی علامت صرف نزفِ رحم ہی نہیں، بلکہ ہر ایام کے شروع ہونے سے کئی روز پیشتر چند علاماتِ منذرہ موجود ہوتے ہیں، مثلاً حوض میں گرانی یا درد کا احساس، کمر کا درد، دردِ سر، پستانوں میں درد کا احساس، اور کم و بیش عمومی کسل۔ بعض عورتوں میں تنک مزاجی اور دماغی قوا کی پستی پائی جاتی ہے۔ اور بعض میں حالتِ قبل از حیض میں ہمیشہ جلدی ثورانات پیدا ہوجاتے ہیں جو بہت جلد غائب ہوجاتے ہیں۔ مریضہ علامات کے اس سلسلہ کو جن کے لئے "مجہولاتِ حیض" (menstrual molimina) کی اصطلاح مستعمل ہے ماہواری ایام کا پیشرو سمجھتی ہے۔ بعض عورتوں میں کوئی علاماتِ منذرہ نہیں ہوتے، اور ایام کے شروع ہونے سے پیشتر ان کو ان کے متعلق کسی قسم کی کوئی خبر نہیں ہوتی۔ ایام کے پہلے دو یا تین دنوں میں علاماتِ مذکورہ کے علاوہ مثانہ اکثر خراش پذیر ہوجاتا

اور بعض اوقات پیشاب بھی درد سے آتا ہے۔

بہت سے مشاہدات سے یہ ثابت ہو چکا ہے کہ حالت قبل از حیض بین نبض کی رفتار قدرے تیز ہو جاتی ہے' اور تپش اور خون کے دباؤ میں کسی قدر اضافہ ہو جاتا ہے' اور یوریا (urea) کا اخراج طبعی مقدار سے ذرا زیادہ ہو جاتا ہے۔ دورانِ حیض میں ان میں سے ہر ایک کی طبعی مقدار میں کمی واقع ہو جاتی ہے' اور اسکے اختتام پر ان سب کی حالت پھر طبعی ہو جاتی ہے۔ یہ تغیرات عرق حرکی اور تحول اختلالات پر دلالت کرتے ہیں جو اس عمل کے ساتھ پائے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 111)۔

حیض کے سریری علامات کی شدت تندرست عورتوں میں بھی بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عورتوں کی ایک بہت ہی قلیل تعداد میں ایام حیض کا خاتمہ بغیر کسی تکلیف کے ہوتا ہے۔ بہت سی عورتیں ایام حیض کے دوران میں ایک یا دو دن تک نیم معذوری کی حالت میں رہتی ہیں یا کم از کم ان کی طبیعت کسلمند رہتی ہے۔

علامات مذکورہ موضعی امتلا کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں' اور یہ صاف ظاہر ہے کہ جب خاص کر التہابی قسم کی مرضی کیفیتیں موجود ہوں تو ہر ماہواری ایام سے پیشتر ان کے علامات کے زیادہ شدید ہو جانے کا احتمال ہوگا۔

حیض کا صحی اہتمام - حیض اگرچہ ایک طبیعی عمل ہے لیکن اپنے حدود سے بہت جلد متجاوز ہو کر یہ غیر طبیعی ہو جاتا ہے۔ اس فعل کا بر وقت اور با قاعدہ وقوع بلاشبہ عمدہ جسمانی صحت پر دلالت کرتا ہے۔ جب یہ عمل طبعی حالت میں سر انجام نہیں پاتا' اور اس میں کوئی نمایاں اختلال واقع ہو جاتا ہے تو اس کے ساتھ عمومی خرابی صحت کے دوسرے علامات بھی پائے جاتے ہیں۔ چونکہ عورت کی عمر کے ساڑھے پانچ سال' علاوہ استقرار حمل کے' حالتِ حیض میں گزرتے ہیں (آر و ڈکنسن) اس لئے اس فعل کی طبعی سر انجام دہی عورت کی ذاتی راحت و تسکین' اور اس کے قوم کا ایک فرد ہونے کی حیثیت سے عظیم الاہمیت ہے۔ تاوقتیکہ عملِ حیض باقاعدہ طور پر منتظم نہ ہو جائے اور اس کا توازن معین نہ ہو جائے سنِ بلوغ پر اس کے لئے احتیاط درکار ہے۔ ان صورت حالات کے تحت ماہواری ایام میں مدرسہ یا کارخانہ میں زیادہ محنت سے کام کرنے' جسمانی تکان' اور سردی لگنے اور بھیگنے سے خاص طور پر احتراز کرنا چاہئے۔ ایام حیض میں سردی لگنے سے بعض اوقات نزف دفعتہً محبوس ہو جاتا ہے' اور اسکے بعد غالباً مقامی امتلا کے رفع نہ ہونے کی وجہ سے شدید حوضی درد شروع ہو جاتا ہے۔ جن عورتوں کو دائمی قبض کی شکایت ہو ان کے لئے ایام حیض سے قبل خفیف ملین کا روزانہ استعمال موزوں ہے۔

اگرچہ یہ ظاہر ہے کہ دورانِ حیض میں زیادہ تکان سے بچنا چاہیئے مگر جن عورتوں کا تغذیہ طبعی ہو اُن میں کوئی ایسی چیز معلوم نہیں ہوتی جس کے لئے ماہواری ایام میں ان کو آرام کرنا ضروری یا مناسب ہو جیکوبی (Jacobi:)۔ حد اعتدال تک ورزش کرنے سے مقامی امتلا جس کی وجہ سے گرانیِ حوض اکثر محسوس ہوتی ہے کسی قدر رفع ہو جاتا ہے۔

ایامِ حیض میں روزانہ غسل ہرگز بند نہ کرنا چاہیئے، گو یہ ایک عام خیال ہے کہ یہ مضر ثابت ہوتا ہے مگر یہ بالکل غلط ہے۔ اسی طرح یہ بھی بالخصوص مفلس طبقات میں عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ ایامِ حیض میں زیر جامہ کو زیادہ مرتبہ بدلنے سے صحت پر مضر اثر ہوتا ہے۔ اس امر کے وضاحت سے بیان کرنے کی زیادہ ضرورت نہیں کہ جسم اور کپڑوں کی صفائی جو ہمیشہ ایک ضروری چیز تصور کی جاتی ہے ان ایام میں بھی عظیم الاہمیت ہے۔ عملِ حیض کے آغاز سے لیکر اس کے اختتام تک خونِ حیض کے لئے ضرور کوئی انتظام کرنا چاہیئے۔ ایسا عام طور پر "لتہ" یا "گدی" (sanitary pad) کے ذریعہ سے کیا جاتا ہے۔ اس قسم کی گدی کے کارگر ثابت ہونے کے لئے یہ ضروری ہے کہ وہ جاذب ہو اور خراش آور نہ ہو اور ساتھ ہی اس میں دفع عفونت اور ارزانی قیمت کے اوصاف بھی موجود ہوں۔ بازار میں ان کی بہت سی قسمیں دستیاب ہوتی ہیں، جن میں نرم ترکی تولیہ (Turkish towelling) کے ایک سادہ مربع ٹکڑے سے لیکر مشہور و معروف دواساز کمپنیوں کی زیادہ مکمل ساخت کی مرکب مخصوص مصنوعات شامل ہیں۔ موخر الذکر کا اساس یا تو جاذب روئی ہوتی ہے یا جاپان کا چاول کا کاغذ اور یہ کسی ایسے دافع عفونت کا حامل ہوتا ہے جو خراش آور نہیں ہوتا۔ خواہ کسی قسم کا لتہ بھی استعمال کیا جائے اسے زیادہ مرتبہ تبدیل کرنا چاہیئے، اور مستعملہ لتوں کو جلا دینا چاہیئے۔ ان لتوں یا تولیوں کے محافظ اثر کو زیادہ کرنے کے لئے ان پر کوئی مانع آب غلاف (مثلاً ربڑ کا غلاف) چڑھا ہوتا ہے۔ مگر بہ حیثیت مجموعی ان کے استعمال کی سفارش نہیں کی جاسکتی، کیونکہ ربڑ تبخیر کو روک دیتی ہے، اور اس سے جلد میں خراش پیدا ہو جاتی ہے۔ 115

بلوغ۔ جب حیض پہلی دفعہ شروع ہوتا ہے تو اس زمانہ میں بعض عمومی فعلیاتی تغیرات بھی عام طور پر نمودار ہوتے ہیں جن کے مجموعہ پر "بلوغ" مشتمل ہے۔ یہ تغیرات صرف داخلی اور خارجی اعضائے تناسل اور پستانی غدد ہی میں رونما نہیں ہوتے بلکہ حوض کی ہڈیوں اور جسم کی ہیئت و شکل میں بھی واقع ہوتے ہیں جو بالغ عورت کے جسم کی طرح سڈول ہو جاتا ہے۔ مزید برآں نفسی تغیرات بھی نمودار ہو جاتے ہیں، اور یہی وہ سب تغیرات ہیں جن پر زنانہ امتیازی خصوصیات مشتمل ہوتی ہیں

اورعورت کو لڑکی سے متمیز کرتی ہیں۔ سن بلوغ پر پختہ بیضے پہلی مرتبہ پیدا ہوتے ہیں' اور لیوٹینی بافت مبیض میں پہلی دفعہ ظاہر ہوتی ہے۔ یہ بیان کیا گیا ہے کہ حیض کی ابتدا آغاز سن بلوغ کو ظاہر کرتی ہے۔ یہ امر مشکل ہی سے صحیح قرار دیا جاسکتا ہے کیونکہ عمل حیض کی ابتدا اگرچہ اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ اعضائے تناسل نہ صرف نمو ہی کے نقطۂ نظر سے بلکہ وظیفی نقطۂ نظر سے بھی بلوغ کو پہنچ گئے ہیں' مگر ابتدائے حیض سے پہلے استقرار حمل کے واقعات بھی نامعلوم نہیں۔ اگرچہ سفید فام قوموں میں بلوغ کا سن تقریباً چودہ سال بیان کیا جاتا ہے' مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بلوغ کے مختلف امارات بتدریج پیدا ہوتے ہیں' اور بعض حالتوں میں نام نہاد "ثانوی صنفی صفات" (secondary sex characters) حیض شروع ہونے سے پہلے ہی بخوبی نمو یافتہ ہوتے ہیں۔ سن بلوغ سے قبل مبیضین کو دور کردینے سے رحم اور پستانی غدد کا نمو رک جاتا ہے' مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ آیا جنسی تغیرات کو ان معلومات کی روشنی میں جو نخامیہ' درقیہ اور دیگر دروں افرازی غدد کے افعال کے متعلق حاصل ہو چکی ہیں' بلوغ کا واحد محرک سبب بھی قرار دیا جاسکتا ہے۔ اغلب یہ ہے کہ بلوغ کا انحصار مبیضین کی صحت اور فعالیت پر اور ان کے ان لازمی روابط کے ساتھ جو "نسوانی صنفی مخلوط" (female sex complex) کا ایک جزو ہیں (بلیر بل (Bleir Bell: ہم آہنگ رہنے پر ہے۔ لڑکیوں میں سن بلوغ سے بہت پہلے ایسے جسمانی اور نفسانی خصائص موجود ہوتے ہیں جو لڑکوں سے بالکل مختلف ہوتے ہیں۔ ان میں مبیضین مکمل طور پر نمو یافتہ نہیں ہوتے' اور یہ غیر فعال ہوتے ہیں۔ اس لئے صنفی صفات کے ظہور کو ان کے اثر سے منسوب نہیں کیا جاسکتا۔ مزید برآں کاذب خناث (pseudo-hermaphrodites) خصیتین کی موجودگی کے باوجود بعض اوقات شکل و شباہت اور نفسی خصوصیات کے لحاظ سے خوبصورت عورتوں کی طرح دکھائی دیتے ہیں۔

سن بلوغ پر فعل حیض میں بالعموم بے قاعدگیاں بھی پائی جاتی ہیں' اور یہ بالعموم مفرط رحمی نزف کی شکل میں دیکھنے میں آتی ہیں۔ نوجوان لڑکیوں میں ان طویل المدت نزفات کا سبب جو بعض اوقات خطرناک ثابت ہوتے ہیں یہ ہے کہ ہارمونی صنفی تہیج اور دروں رحمہ کے درمیان ہم آہنگی موجود نہیں ہوتی۔ قبل الذکر رحم کے نمو کی تکمیل سے قبل ہی عمل پیرا ہو جاتا ہے۔ لہٰذا بلوغ کو غیر قائم توازن کی ایک حالت تصور کرنا چاہئے جس میں جہاں تک رحم کا تعلق ہے دروں رحمہ (endometrium) اور رحمہ (metrium) کا آجل نمو قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔

یہ ایک افسوس ناک امر ہے کہ یہ سن اس زمانہ کا متناظر ہے جبکہ لڑکی کے عصبی نظام پر تعلیم یا کارخانہ کی ملازمت کی وجہ سے مزید بار پڑتا ہے

انقطاع الطمث یا سن یاس (Menopause or Climacteric Period)

عورت کی زندگی کے تولیدی حصہ کی انتہا انقطاع الطمث (menopause) یا سن یاس (climacteric) یا "تغیر سن" (change of life) کے نام سے موسوم ہے۔ اس زمانہ پر استطاعت تولید ختم ہوجاتی ہے، مگر یہ لازمی طور پر پیری کا پیش خیمہ نہیں۔ اکثر عورتوں میں بلوغ کی تازگی کئی سال تک برقرار رہتی ہے تاوقتیکہ عام صحت خراب نہ ہوجائے، یا ذہنی اختلالات رونما نہ ہوجائیں۔ اختتام حیض کے بعد بھی عورت کی جنسی صنفی زندگی کئی سالوں تک برقرار رہتی ہے، لیکن اس میں قوت تولید نہیں ہوتی۔

بیالیس سال سے لیکر پچاس سال تک کی عمر کے زمانہ میں حیض بالعموم کسی وقت بھی منقطع ہوجاتا ہے۔ مگر بعض اوقات یہ پچپن سال کی عمر تک، اور کبھی کبھی اس کے بعد تک بھی بند نہیں ہوتا۔ گاہے گاہے یہ چالیس سال کی عمر سے پہلے بھی بند ہوجاتا ہے۔

زندگی کے حقیقی طور پر فعال حصہ میں بیضین کو بذریعہ عملیہ علیحدہ کردینے سے "مصنوعی" انقطاع الطمث قدرتی طور پر پیدا ہوجاتا ہے مزید برآں یہ بھی معلوم ہوا ہے کہ بعض اوقات رحم برآری بہ صیانت بیضین (hysterectomy with conservation of the ovaries) کے بعد انقطاع الطمث کے علامات پیدا ہوجاتے ہیں۔ کبھی کبھی تناسلی اعضا میں عملیتی مداخلت کرنے کے بغیر ہی "قبل از وقت" انقطاع الطمث پیدا ہوجاتا ہے، اور ایک واقعہ درج کیا گیا ہے جس میں حیض قدرتی طور پر تئیس سال کی عمر میں بند ہوگیا تھا جو گیارہ سال کی عمر میں شروع ہوا تھا۔ بعض حالتوں میں محرک سبب کوئی شدید مرض یا دماغی صدمہ یا کوئی ایسا شدید عملیہ ہوتا ہے جس کے لئے یہ ضروری نہیں کہ وہ اعضائے حوض پر ہی کیا گیا ہو۔ بعض حالتوں میں بچہ کو زیادہ یا طویل عرصہ تک دودھ پلانے سے بھی انقطاع الطمث واقع ہوجاتا ہے، اور اکثر ایسا ہوتا ہے کہ جب کبھی انقطاع الطمث کی عمر کے قریب حمل ہوجاتا ہے تو اس کے بعد کی رضاعی بے طمثیت انقطاع الطمث کی مستقل بے طمثیت کے ساتھ بلاواسطہ مل جاتی ہے۔

عمل حیض کا اختتام تین طریقوں میں سے کسی ایک پر ہوسکتا ہے۔ (۱) بعض اوقات یہ دفعتہً آخری طور پر بند ہوجاتا ہے، اور اس سے پہلے کوئی تغیرات مشاہدہ میں نہیں آتے۔

(ب) بیشتر ایسا ہوتا ہے کہ ماہواری ایام بے قاعدہ وقفوں پر آتے ہیں جن کا طول بڑھتا جاتا ہے' اور مقدار نزف میں بتدریج تخفیف ہوتی جاتی ہے' حتیٰ کہ یہ بالکل غائب ہو جاتا ہے۔ (ج) بے قاعدگی کے زمانہ میں کبھی کبھی خون کثرت سے ضائع ہوتا ہے' یا بہت دیر تک خطرناک حالت میں ضائع ہوتا رہتا ہے (امراضیاتی انقطاع الطمث)۔ بے قاعدگی کے زمانہ کا طول مختلف ہوتا ہے اور یہ کئی سال تک رہ سکتا ہے۔ یہ امر اس حالت میں بہت اہم ہوتا ہے جبکہ نزف رحم اتنا شدید ہو کہ عورت کا نظام اس کا متحمل نہ ہو سکے۔

عمل حیض کی ان تبدیلیوں کے ساتھ ساتھ بعض عمومی اختلالات اکثر پائے جاتے ہیں۔ ان کو تین گروہوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ (ا) عرق حرکی۔ (ب) تحولی۔ (ج) نفسی۔

ممیز ترین عرق حرکی علامت "تورّد" (flushing) یا "احساسات حرارت" (heats) کے حملوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ مریضہ کو ایسا محسوس ہوتا ہے کہ اس کے تمام جسم پر سے حرارت کی لہریں گذر رہی ہیں' اور اس احساس کے ساتھ اکثر اوقات منہ' گردن' اور جسم کے دوسرے حصوں کا مرئی امتلا موجود ہوتا ہے' جس کے بعد پسینا آتا ہے جو شدید حالتوں میں مفرط ہوتا ہے۔ ہر "تورّد" (flushing) بہت سریع الزوال ہوتا ہے' مگر بعض اوقات پندرہ سے تیس منٹ تک رہتا ہے۔ یا بخلاف اس کے تقریباً دقیقی بھی ہوتا ہے۔ ایک دن میں کئی تورّدات نمودار ہو جاتے ہیں' اور بعض اوقات انکی تعداد بہت کم ہوتی ہے۔

117 دردِ سر' وجع العصب (neuralgia)' جوارح میں جھنکار یا سُن پن کا احساس اور حلق کی حسی عصبانیتیں (sensory neuroses) بھی عام طور پر پائی جاتی ہیں۔

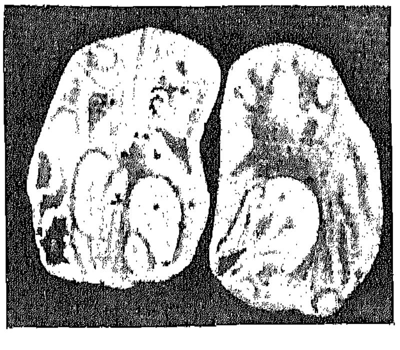
حال ہی میں ہم (پی۔ ڈبلیو[1]) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ بہت سے مریضوں میں' اور یہ زیادہ صحیح ہوگا کہ مریضوں کی اکثریت میں' انقطاع الطمث کے تورّدات (flushings) اور دیگر موضوعی علامات کی شدت کا ایک خاص توازن شناخت کیا جا سکتا ہے۔ اساسی تحول کے منحنی کے مشاہدات سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ ان تاریخوں کے متناظر ہوتے ہیں جو طبعاً ایام حیض کی تاریخیں ہوتی ہیں۔ یہ توازن اس حالت میں اتنا واضح نہیں ہوتا جب کہ ایام حیض میں پہلے ہی سے

---

[1] Canadian Med. Assoc. Journal, xxix., 585-592, 1933.

بے قاعدگی پیدا ہوگئی ہو۔ یہ امر بھی مسلمہ قرار دیا جاچکا ہے کہ جب انقطاع الطمث کے دوران میں رحم یا کسی دیگر عضو سے نزف واقع ہوتا ہے تو یہ ہمیشہ موضوعی علامات میں تخفیف کر دیتا ہے بشرطیکہ یہ کافی شدید ہو۔ یہی وجہ ہے کہ جس عورت میں انقطاع الطمث کے دوران میں متاخر نو بیضی سے گاہے گاہے نزف رحم واقع ہو جاتا ہو' اسکو اُس عورت کے مقابلہ میں جس کو ایک معینہ عمر پر حیض آنا بند ہو گیا ہو "تورد" سے کم تکلیف ہوتی ہے۔

جن حالتوں میں "تورد" بہت واضح ہوتا ہے ان میں نسوانی صنفی ہارمون پیشاب میں موجود ہوتا ہے' اور اُس سے بظاہر یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ عرق حرکی علامات زیادہ حد تک بیضی ہارمون کے غائب ہو جانے سے پیدا نہیں ہوتے' بلکہ یہ بافتوں میں ان کے مفرط ارتکاز سے پیدا ہوتے ہیں جو بیضین' نخامیہ اور دروں رحمیہ کے طبعی باہمی تعلق کے قائم نہ رہنے سے پیدا ہوتا ہے۔ شکل ۸۶ میں قدرتی جسامت کا ایک بیض دکھایا گیا ہے جو ایک ایسی مریضہ سے علیحدہ کیا گیا تھا جسے انقطاع الطمث کے نمایاں عرق حرکی اور عصبی علامات کی شکایت تھی جو رحم برآری بہ حیانت اصلی بیضین (hysterectomy with original conservation of the ovaries) کے عملیہ کے بعد نمودار ہوئے تھے۔ حال ہی کے مکمل النمو جسم اصفر' لیے انشقاق جسم اصفر اور کثیر التعداد گرافی جرابوں کو غور سے دیکھا جائے[1]۔ انقطاع الطمث کا دردسر اور اُس کے تورداتٔ بیضین کو نکال دینے کے بعد رفع ہو گئے جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اس مثال میں علامات بیضی ہارمون کے غائب ہو جانے سے پیدا نہیں ہوئے تھے بلکہ رحم اور دروں افرازی اعضا (اگر ان کو مجموعی حیثیت سے لیا جائے) کے



شکل ۸۶۔ یہ بیض (قدرتی جسامت) ایک ایسے مریض سے علیحدہ کیا گیا ہے جس میں انقطاع الطمث (menopause) کے کئی ایک علامات موجود تھے جو رحم برآری بہ حیانت بیضین کے بعد پیدا ہو گئے تھے۔ گرافی جرابوں کی موجودگی اور حال ہی کے جسم اصفر کو غور سے دیکھا جائے۔ بیضین کو نکال دینے پر علامات رفع ہو گئے۔ (وائٹ ہوس۔)

[1] Proc. Second International Congress for Sex Research, 1930.

باہمی توازن میں خلل آنے سے پیدا ہوئے تھے۔

جراحی عملیہ سے بیضیین یا رحم یا دونوں کو علیحدہ کر دینے کے بعد جو "مصنوعی" انقطاع الطمث پیدا ہوتا ہے اس کے سلسلہ میں یہ امر بہت دلچسپ ہے کہ مریضہ جتنا انقطاع الطمث کی طبعی عمر کے قریب پہنچتی جاتی ہے اتنا ہی اس کے علامات کے زیادہ نمایاں ہو جانے کا احتمال بڑھتا جاتا ہے۔ نوویک (Novak) نے کلبرٹسن (Culbertson) کا حوالہ دیتے ہوئے یہ لکھا ہے کہ نوجوان عورتوں پر اخصا کا اثر اکثر حیرت انگیز طور پر خفیف ہوتا ہے، اور یہ مشاہدہ اس ملک (انگلستان) کے محققین (ٹی۔ ولسن، اے۔ ڈونالڈ، مائیلز فلپس) نے بھی بطور خود کیا ہے۔ سریری مشاہدہ سے فی الحقیقت یہ ظاہر ہوتا ہے کہ عورت میں جتنی زیادہ صنفی پختگی موجود ہوگی، اور پیچیدہ صنفی 118
اور تولیدی میکانیہ جتنی دیر تک بروئے کار رہا ہوگا انقطاع الطمث کے علامات اتنے ہی زیادہ نمایاں ہوں گے جبکہ فعلِ تولید تبویض کے قدرتی طور پر بند ہو جانے یا ہارمونی زنجیر کو مصنوعی طور پر توڑ دینے سے ختم ہوگا۔

شاذ شاذ مثالوں میں انقطاع الطمث کے زمانہ میں عورتوں کو مذکورہ بالا شکایتوں میں سے کسی سے بھی کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ وہ واقعات ہیں جن میں انقطاعِ تبویض صنفی تعسل کے فقدان کا بتمامہ مزامن ہوتا ہے، جس کے ساتھ ہی ان تمام عناصر کی فعالیت جو "صنفی مخلوط" (sex complex) سے تعلق رکھتے ہیں، غائب ہو جاتی ہے۔

عظیم ترین تحولی تغیر یہ ہوتا ہے کہ فربہی کی طرف ایک نمایاں رجحان پایا جاتا ہے۔ یہ اکثر مقامی ہوتی ہے، اور دیوار شکم میں چربی کی فراہمی اکثر پائی جاتی ہے جس سے اکثر شکمی سلعہ کا شبہ ہوتا ہے۔ کاربوہائیڈریٹ کے تحول میں جو تغیر واقع ہو جاتا ہے جس سے چربی جمع ہو جاتی ہے، اس کے ساتھ نخامیہ کے مقدم لخت میں بیشیش پرورش بھی غالباً پائی جاتی ہے جو بیضی ہارمون کے فقدان کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس امر کی شہادت بھی موجود ہے کہ انقطاع الطمث کے شدید درد سر کی حالت میں بھی نخامی غدہ کا ورم اسی طرح موجود ہوتا ہے، اور یہ عظمی کہفہ کی دیواروں سے جس میں یہ محبوس ہوتا ہے مضغوط ہو جاتا ہے (اے۔ پی تھامسن) (دیکھو شکل ۸۷)۔

اساسی تحول پر جو مشاہدات کئے گئے ہیں ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قدرتی اور مصنوعی دونوں قسم کے انقطاع الطمث میں تحول کا قاعدی خط ہمیشہ بلند ہوتا ہے، گو کچھ عرصہ تک یہ معمولی بعض اختلافات کو ظاہر کرتا رہتا ہے، باوجودیکہ حیض آنا بند ہو جاتا ہے۔

انقطاع الطمث کے موضوعی علامات کے ساتھ اساسی تحول کی شرح میں کمی واقع ہو جاتی ہے جو اس امر کا مزید ثبوت ہے کہ یہ علامات ان تاریخوں کے متناظر معلوم ہوتے ہیں جو ماہواری ایام کی تاریخیں ہوتی ہیں۔ بعض عورتوں میں بیضی اثر کے فقدان کے ساتھ مردانہ' یا جیسا کہ مارشل (Marshall) نے بیان کیا ہے' "متعدیل" (neutral) ثانوی صنفی خواص پائے جاتے ہیں۔ ان امارات میں سے واضح ترین امارت یہ ہوتی ہے کہ اوپر کے لب اور ٹھوڑی پر بال پیدا ہونے لگتے ہیں۔ جن عورتوں میں یہ خواص پائے جاتے ہیں' اور جن میں بلاشبہ صنفی ہارمون کی قلت پائی جاتی ہے ان کو انقطاع الطمث کے عرق حرکی اور دوسرے موضوعی علامات سے شاذونادر ہی تکلیف ہوتی ہے۔

عام ترین نفسی تغیر ذہنی انخفاض ہے۔ طبیعتاً خوش مزاج عورتیں بھی ترش روئے سریع البکا' افسردہ خاطر اور شک مزاج ہو جاتی ہیں۔ صنفی احساس میں بیحد زیادتی یا انحراف واقع ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات توانائی' قوت حافظہ' قوت متخیلہ' اور جدت طرازی کا فقدان بھی پایا جاتا ہے۔ سن یاس وہ زمانہ ہے جس میں جنون کے پیدا ہونے کا بہت خطرہ ہوتا ہے' اور بعض اوقات عتاہت پیری (senile dementia) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ ان عوارض کا احتمال خانگی مامن (private asylums) کے اعداد و شمار کی نسبت مامن عامہ میں زیادہ نمایاں پایا گیا ہے (برنسی سمتھ)' جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ زیادہ آسودہ طبقہ کی عورتوں میں ان کے ظہور پذیر ہونے کا امکان زیادہ ہے۔

یہ خیال حال ہی میں پیش کیا گیا ہے کہ طبعی انقطاع الطمث کے زمانہ میں جو دروں افرازی عدم توازن پیدا ہوتا ہے اس میں رحم کی ماسکی عفونت (focal sepsis) اور اسکے دیگر عضوی ضررات سے اضافہ ہو جاتا ہے' اور اس سے وہ نفسی اختلالات جو عام طور پر موجود ہوتے ہیں زیادہ شدید ہو جاتے ہیں (مورہیڈ :Moorhead' فٹزگبن :FitzGibbon)۔ فٹزگبن نے ایسے دو بائین واقعات کا ذکر کیا ہے جن میں ایسے نمایاں ذہنی علامات جو عتاہت (dementia) اور مالیخولیا (melancholia) پر دلالت کرتے تھے مرض زدہ رحم کو علٰحدہ کرنے سے رفع ہو گئے تھے۔

ایک الفنسی اختلال جو اکثر اوقات ان عقیم عورتوں میں پایا جاتا ہے جن کا انقطاع الطمث کا زمانہ قریب آ جاتا ہے وہم حمل (pseudocyesis) یا حمل کاذب (spurious pregnancy)

119 ہے۔ اس حالت میں بے طمثیت کے ساتھ ایک وہمی شکمی سلعہ اور حمل کے بہت سے چھوٹے چھوٹے امارات اور علامات موجود ہوتے ہیں۔ زندگی کے اس زمانے میں چربی کا رجحان دیوار ہائے شکم میں فراہم ہونے کی طرف ہوتا ہے، اور اس سے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا کوئی نامی شکمی سلعہ موجود ہے۔ اس صورت حالات میں عضلات شکم کی عصبی عضلی استواری اور امعاکے ریحی تمدد کی موجودگی سے اور بھی اضافہ ہوجاتا ہے۔ مریضہ کو خود دھوکا ہوجاتا ہے، اور وہ اکثر اوقات اپنے آپ کو دل سے حاملہ تصور کرتی ہے، اس لئے اُس کو اُس کی غلطی کا یقین دلانا بعض اوقات مشکل ہوتا ہے۔ یہ حالت حمل کی قدرتی حالت سے بعض اوقات اتنی قریبی مشابہت رکھتی ہے کہ اختتام میعاد پر ایک کاذب وضع حمل ہوتا ہے جس میں شدید درد شکم پایا جاتا ہے۔ غلطیوں سے بچنے کیلئے ایسے مریضوں کا امتحان معدم حس کے زیر اثر کرنا چاہئے جبکہ حمل کے رحمی تغیرات کی عدم موجودگی کا بغیر کسی دقت کے پتہ چل جاتا ہے۔

تناسلی اعضا کے تشریحی تغیرات۔ سن یاس کے اختتام پر خارجی اور داخلی اعضائے تناسل میں بعض نمایاں تغیرات واقع ہوتے ہیں، مگر یہ اس کے فوراً بعد نمودار نہیں ہوتے، اور کئی عورتوں میں جنسی فعالیت کے ظاہری امارات بہت عرصہ تک باقی رہتے ہیں۔ شفرتین کبیر تحت جلدی چربی کے ضائع ہوجانے کی وجہ سے بتدریج سکڑ جاتے ہیں، اور شفرتین اور عانہ پر کے بال کم ہوجاتے ہیں، اور بڑھاپے کے نزدیک آنے پر یہ بتدریج غائب ہوجاتے ہیں۔ شفرتین صغیر نسبتاً زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، اور فرج کی جلد عموماً خشک اور کسی قدر مجلاّ سی نظر آتی ہے۔ فرج اور مہبل کا مطبق سر حلمہ مذبول ہوجاتا ہے، اور نار یک سرخ رنگت کے چھوٹے چھوٹے گول قطعے جو بظاہر کہ سر حلمہ کی گہری تہوں کے معرا ہوجانے سے پیدا ہوتے ہیں اکثر اوقات دیکھنے میں آتے ہیں (دیکھو صفحہ ۱۴۳ صفحہ 154)۔ عنق کا مہبلی حصہ سکڑ جاتا ہے اور کم نمایاں ہوجاتا ہے اور بعض اوقات یہ اس حد تک پیچھے ہٹ جاتا ہے کہ فم خارجی کے لب محراب مہبل کی سطح کے برابر ہوجاتے ہیں۔ رحم کا جسم اور قلوبی نلیاں بھی سکڑ جاتی ہیں، اور بوڑھی عورتوں میں دروں رحمہ مذبول ہوجاتا ہے (دیکھو شکل ۳۱) اور رحمی عضلہ کی جگہ لیفی بافت ایک بڑی حد تک لے لیتی ہے (دیکھو صفحہ ا۔ج)۔ گاہے گاہے حیض کے بند ہوجانے کے کئی ایک سال بعد تک بھی دروں رحمہ کے صفات باقی رہتے ہیں جو تقریباً طبعی ہوتے ہیں۔ مزید برآں بیضین سکڑ جاتے ہیں۔ اور ان کے سب گرافی جراب مکمل طور پر غائب ہوجاتے ہیں۔ لہٰذا تازہ لیوٹینی بافت کی پیدائش بند ہوجاتی ہے اور بیض کے تمام میز نیحیاتی عناصر انجام کار مکمل طور پر غائب ہوجاتے ہیں۔ جرابوں کے بتدریج

غائب ہونے کا پتا حیض کے بند ہونے سے بہت پہلے چلایا جا سکتا ہے۔ جو اتصالی بافت جوفی باریطون کے نیچے ہوتی ہے۔ وہ ایک بڑی حد تک غائب ہو جاتی ہے' اور مختلف رباطات طول میں چھوٹے اور بے لچک ہو جاتے ہیں۔ مہبل کے بالائی کشادہ حصہ کی وسعت سکڑنے کی وجہ سے بہت کم ہو جاتی ہے۔ اور بعض اوقات مہبل دیوار میں گھٹی لیفی بافت کے بے قاعدہ یا ہم مرکز بند پیدا ہو جاتے ہیں جن سے قنال میں یا تو ایک بھیچاؤ پیدا ہو جاتا ہے' یا محراب مہبل میں بیسیں تیار ہو جاتی ہیں اس طرح بعض اوقات ایک حلقہ نما تضیق (annular stricture) بن جاتا ہے جس کی وجہ سے عنق الرحم کا امتحان براستہ مہبل نہیں کیا جا سکتا۔ اس لیفی حلقہ میں جو تنگ اور گول فتحہ ہوتا ہے وہ غلطی سے بعض اوقات فم خارجی سمجھ لیا جاتا ہے' اور اس طرح تشخیص میں غلطی پیدا ہو جاتی ہے۔

انقطاع الطمث کے زمانہ کے بعد عورتوں کے افراز مہبل میں جراثیم کش خواص موجود نہیں ہوتے اور چونکہ دہنۂ مہبل نامکمل طور پر بند ہوتا ہے اس لئے اس میں اجسام غریبہ بآسانی داخل ہو جاتے ہیں جو ان سے کم عمر کی عورتوں میں اس آسانی سے داخل نہیں ہو سکتے۔ لہٰذا غشیہ مخاطی میں سرایت واقع ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے' اور یہ تبدیلی اس حالت کے پیدا ہونے کا سب سے بڑا سبب ہے جو پیرانہ التہاب مہبل (senile vaginitis) کے نام سے بیان کی گئی ہے (دیکھو صفحہ 390)۔ یہی تبدیلیاں بعض اوقات رحم کے اندر تک بھی پہنچ جاتی ہیں جن سے پیرانہ دروں رحمی التہاب (senile endometritis) پیدا ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 417)۔ پستانی غدد بھی ساتھ ہی مذبول ہو جاتے ہیں اور ان کا شحمی غلاف ایک بڑی حد تک غائب ہو جاتا ہے۔

علاج۔ جو عورتیں زندگی کے اس انقلاب میں سے گذر رہی ہوں ان کی عمومی صحت کا خیال رکھنا بڑا ضروری ہے۔ متعلقہ علامات کے علاج کی کوئی ضرورت نہیں ہوتی تاوقتیکہ وہ غیر معمولی طور پر شدید اور دیرپا نہ ہوں۔ مسکنات (sedatives)' الکحل' اور روافع درد تجہیزات کے استعمال سے بالخصوص عصبانی مزاج کی عورتوں کو پرہیز کرانا چاہیئے' کیونکہ اس صورت حالات میں جو انقطاع الطمث میں پائی جاتی ہے دواخوری کی عادت (دواخوری) پیدا ہو جاتی ہے۔ بہرکیف برومائیڈ کی قلیل خوراکوں کو ویلیریَن (valerian) یا کسی نباتی مقوی مثلاً سنکونا کے ساتھ ملا کر دینے سے اکثر فائدہ ہو جاتا ہے۔

سن یاس پر طبیعی ہارمون کے استعمال سے عورتوں کا علاج کرنے کے نتائج بڑے قیمتی

ہمیشہ ایک سے نہیں نکلتے۔ مقدم نخامی اور درقی خلاصہ جات پر بھی یہی صادق آتا ہے۔ ہمارے مشاہدہ میں کئی ایک ایسی مثالیں آئی ہیں جن میں توردات کو رفع کرنے کے لئے شبقی ہارمون (œstrus hormone) کی کوئی تجارتی تجہیز دی گئی تھی، مگر نتیجہ ہماری توقع کے بالکل برخلاف نکلا۔ اس سے نہ صرف "احساسات حرارت" (heats) ہی زیادہ شدید ہو گئے بلکہ رُعاف (epistaxis) بھی پیدا ہو گیا۔ رُعاف کے واقع ہونے سے آرام ہو گیا۔ حقیقت میں اغلب یہ معلوم ہوتا ہے کہ انقطاع الطمث کے علاج میں جن ادویہ کے شافی ثابت ہونے کا اسقدر دعویٰ کیا جاتا ہے اُن میں سے بہت سے ادویہ کی صلاحیت شبقی رحمی نزف کے واقع ہونے میں مضمر ہے جو ان سے کبھی کبھی پیدا ہو جاتا ہے۔ ان میں جو ایسٹرین (œstrin) ہوتی ہے اس سے بعض اوقات رحمی امتلا اور نزف پیدا ہو جاتا ہے، اور ایسا ہونے کی صورت میں عرق حر کی علامات عارضی طور پر رفع ہو جاتی ہیں۔ بخلاف اس کے ایسا بھی ہو سکتا ہے کہ انقطاع الطمث پر ایسٹرین (œstrin) کا اثر ایڈرینالین (adrenalin) کی طرح ہو۔ ایسی حالت میں توردات زیادہ شدید ہو جاتے ہیں، اور یا دوسری مخاطی سطحوں سے بدیل نزفات (vicarious hæmorrhages) پیدا ہو جاتے ہیں۔ حال ہی میں ہم (بی۔ ڈبلیو) نے انقطاع الطمث کی شکایات کو رفع کرنے کے لئے علاج بالادویہ کے بالکل خلاف ایک اور طریقہ اختیار کیا ہے۔ یہ ازمنہ وسطیٰ کا فصد کر دینے کا طریقہ ہے۔ یہ ایسے مریضوں میں اختیار کیا جاتا ہے جن میں شدید توردات، اور خاصکر دردِ سر کے لئے موثر علاج کی ضرورت ہو۔ ورید باسلیق (basilic vein) میں سے "ریکارڈ" پچکاری کے ذریعہ سے خون کی تھوڑی سی مقدار مثلاً ۱۰ تا ۱۵ مکعب سمر ہر روز کھینچ لی جاتی ہے تاوقتیکہ علامات رفع نہ ہو جائیں۔ اس سے بعض عورتوں کو معتدبہ فائدہ پہنچتا ہے۔

اگر انقطاع الطمث کے موقع پر اور یا اس کے بعد نزف برقرار رہے یا مواد کا اخراج جاری رہے تو اس سے تمام حالتوں میں مرض خبیثہ کے وجود کا امکان ظاہر ہوتا ہے۔ اور اس کے واقع ہونے کا زیادہ تر احتمال رحم کی عنق یا اس کے جسم میں ہے۔ ایسی تمام حالتوں میں بغیر کسی تاخیر کے اور بہت احتیاط سے مکمل اندرونی امتحان کرنا چاہئے کیونکہ جراحی مداخلت کی کامیابی کا امکان ابتدائی مدارج ہی میں ہوتا ہے۔ مریضہ پر اس قسم کے امتحان کے لئے رضامند ہونے کی ضرورت کا اظہار بخوبی کر دینا چاہئے، اور اس پر زور بھی دینا چاہئے کیونکہ ممکن ہے کہ وہ پہلے پہل اس کی اجازت دینے میں رضامندی ظاہر نہ کرے۔ مریضوں کی ایک بڑی اکثریت میں بے قاعدہ

اور طویل المدت نزف کا جو انقطاع الطمث پر واقع ہوتا ہے کوئی نہ کوئی مقامی سبب بھی پایا جاتا ہے لیکن بعض اوقات جیسا کہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے ایسا نہیں بھی ہوتا۔ سرطانِ رحم کی تشخیص کے سلسلہ میں اس موضوع پر بحث کی جائے گی (صفحہ 778)۔

پہلے یہ بیان کیا جا چکا ہے کہ اگر کوئی مرکزِ عفونت (خواہ رحم میں یا کسی دوسری جگہ پر) بھی ساتھ ہی موجود ہو تو اس کا تدارک ضروری ہوتا ہے کیونکہ سمی حاصلات کے اثر سے ذہنی یا عصبی ہیجان کے زیادہ شدید ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

دروں افرازی غدد

جو تعلقات دروں افرازی اجسام کو بیضین اور تمام تناسلی نظام سے ہیں ان کی تحقیقات چار مختلف سمتوں میں کی گئی ہے۔ چنانچہ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ دورانِ حمل میں بعض دروں افرازی اجسام میں چند خاص تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ نیز بیضین کا استیصال دیگر دروں افرازی اجسام میں تغیرات پیدا کر دیتا ہے، اور برعکس اس کے چند دروں افرازی اجسام کے جزوی یا مکمل استیصال
121
سے تناسلی نظام میں واضح تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں یہ امر بھی پایۂ ثبوت کو پہنچ چکا ہے کہ تناسلی نظام کے امراضیاتی تغیرات کے ساتھ ہی دروں افرازی اعضا میں بھی مرضی کیفیتیں موجود ہوتی ہیں۔ انجام کار یہ بھی معلوم ہو چکا ہے کہ بیضین کو علیحدہ کر دینے سے جو اثرات پیدا ہوتے ہیں ان میں بیضین کے علاوہ بعض دیگر دروں افرازی اجسام کے خلاصہ جات کا استعمال کرانے سے تبدیلی پیدا کی جا سکتی ہے۔ جہاں تک نخامیہ، درقیہ اور سر گردوں کا تعلق ہے ان کے متعلق کافی اطمینان بخش ثبوت بہم پہنچ چکا ہے، مگر تیموسیہ، اور صنوبریہ کے متعلق اس سلسلہ میں فی الحال ہمیں کوئی معلومات حاصل نہیں ہوئیں۔ جب سے آشہائم زنڈک (Aschheim-Zondek) کا کاشفہ رائج ہوا ہے اور پیشاب میں نخامی یا "نخامی نما" ہارمونوں کا مظاہرہ مختلف صورت حالات کے تحت کیا جا چکا ہے، ہارمونی نظام کے مختلف عناصر کے باہمی تعلق کا مطالعہ زیادہ تفصیل سے کرنا ممکن ہو گیا ہے۔

غدہ نخامیہ (Pituitary Gland)۔ خرگوشوں میں دورانِ حمل میں نسیجیاتی تغیرات پائے جا چکے ہیں جو افزودہ خلوی فعالیت پر دلالت کرتے ہیں۔ دُہری بیض برآری

(double oöphorectomy) کے بعد زیریں بالہ (hypophysis) میں بیش پرورش نمودار ہو جاتی ہے، اور خلیات میں خردبینی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جن کو بلیر بیل (Blair Bell) نے افزائش فعل کی دلیل تصور کیا ہے۔ اس کے اس خیال کی تصدیق اس امر سے ہوتی ہے کہ زندک اور ایش ہائیم نے پیشاب میں پرولین اے (Prolan A) کی زیادتی مقدار کا مظاہرہ کیا ہے۔ حیوانات میں نخامیہ کا جزوی استیصال کر دینے سے رحم میں ذبول واقع ہو جاتا ہے، اور بیضین کے جرابات غائب ہو جاتے ہیں۔ اس مظہر کی توجیہ اب بآسانی کی جا سکتی ہے کیونکہ ان اعضا کا باہمی تعلق بخوبی ثابت کیا جا چکا ہے۔ جو کم عمر حیوانات اس عملیہ کے بعد زندہ رہتے ہیں ان میں ایک عارضہ نمودار ہو جاتا ہے جو "شحمی تناسلی سوء تغذیہ" (dystrphia adiposo-genitalis) کے نام سے موسوم ہے، اور جس کے ممیز خواص افسردگی نمو، تناسلی اعضا کا ذبول، اور عمومی فربہی ہیں۔ انواع انسان میں بھی اسی قسم کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے اور مطالعہ کنندہ کو اس عارضہ اور اسکے متجانس عوارض کا جو نخامی سوء فعل کے ساتھ پائے جاتے ہیں مزید حال معلوم کرنے کے لئے عمومی طب کی کتابوں کے مطالعہ کا مشورہ دیا جاتا ہے۔

غدہ نخامیہ کے نسی حصہ کا خلاصہ حامل رحم کے عضلہ پر ایک قوی فعل کرتا ہے۔ یہ فعل غیر مخطط عضلہ کی تمام قسموں پر اثر انداز ہوتا ہے جیسا کہ امعا کی حرکت دودیہ کے بڑھ جانے اور چھوٹے چھوٹے عروق خون کے قطر یہ کے کم ہو جانے سے ظاہر ہوتا ہے۔

درقیہ (Thyroid)۔ یہ سریریاتی امر کئی ایک سال سے بخوبی معلوم ہے کہ درقیہ میں دوران حمل میں اکثر اوقات ایک معتدبہ کلانی پائی جاتی ہے، اور اس سے کم تر کلانی حیضی دور کی قبل از حیض (کاذب حمل کی) حالت میں بھی اس میں موجود ہوتی ہے۔ خرگوشوں میں یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ حالت قبل از حیض اور دوران حمل میں کولائڈ (colloid) میں زیادتی ہو جاتی ہے، اور بیض برآری (oöphorectomy) کے بعد اس میں بے حد اضافہ ہو جاتا ہے، مزید برآں گھینگا (goitre) ایک ایسا مرض ہے جس سے مردوں کی نسبت عورتیں زیادہ متاثر ہوتی ہیں، اور ایسے متعدد واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے جن میں گریوز کا مرض (Graves' disease) بیضین کے استیصال کے بعد بہت جلد ظاہر ہو گیا تھا۔ بخلاف اس کے جب خرگوشوں میں درقیہ کو دور کر دیا جاتا ہے تو ان کے رحم میں ویسا ہی ذبول پیدا ہو جاتا ہے جیسا کہ بیض برآری سے پیدا ہوتا ہے۔ بلیر بیل (Blair Bell) نے یہ دریافت کیا کہ

بلیوں میں درقیہ برآری (thyroidectomy) سے نخامی جسم کے تمام حصوں کی افرازی فعالیت بڑھ جاتی ہے، اور "لون ترس" (chromophobe) خلیات کی تعداد میں ایک نمایاں اضافہ ہو جاتا ہے۔ بخلاف اس کے مقدم نخامیہ کے استیصال سے درقیہ مذبول ہو جاتا ہے، اور کریو (Crew) اور ویسنر (Wiesner) اس اثر کو درقیہ رُخ جز (thyreotropic factor) (تھیٹا جز: θ factor) کے غائب ہو جانے سے منسوب کرتے ہیں۔ لہٰذا یہ اغلب ہے کہ درقیہ کی وہ فعالیت جو بیضین برآری سے پیدا ہوتی ہے وہ نخامیہ کے مقدم لختہ کی وساطت سے عمل میں آتی ہو جو ان صورت حالات میں بیش پرورده ہوتا ہے۔ جیفکوٹ (Jeffcoate) نے حال ہی میں یہ معلوم کیا ہے کہ تو ایسے مریضوں میں سے، جن میں بیش فعال درقیہ کا زیادہ تر حصہ دور کر دیا گیا تھا، پانچ کے پیشاب میں ایک ہارمون پایا گیا تھا جس کے ممیز خواص پرولین لـ (Prolan A) کی طرح کے تھے، اور اس لیے یہ خیال پیش کیا ہے کہ اگر تمام غدہ کا استیصال کر دیا جاتا تو شاذ تمام مریضوں میں ہارمون کا اخراج واقع ہوتا۔ سریری طور پر اس امر کا مشاہدہ کیا جا چکا ہے کہ فربہی کے مریضوں کا علاج جس کے ساتھ بے طمثیت (amenorrhœa) کی شکایت بھی موجود ہو (زیر نخامیت hypo-pituitarism:) اکثر اوقات خلاصۂ درقیہ یا "تھائیراکسین" (thyroxin) کے استعمال سے کامیابی سے کیا جا سکتا ہے۔

برگردے (Adrenals)۔ حاملہ حیوانات کے برگردوں میں چند نسیجیاتی تغیرات شناخت کیے جا سکتے ہیں۔ ایک برگردہ کے استیصال سے بیضین متاثر نہیں ہوتے، بلکہ یہ کہا جاتا ہے کہ اس سے رحم میں کسی قدر ذبول واقع ہو جاتا ہے۔ برگردوں کی مرضی کیفیتیں گاہے گاہے بچوں میں مشاہدہ کی جا چکی ہیں، اور یہ بالعموم نو ساختوں (neoplasms) (فوق کلوی سلعہ :hypernephroma) کی شکل میں ظاہر ہوتی ہیں، اور ان نادر الوقوع مثالوں میں اعضائے تناسل کی غیر طبعی حالتیں بھی پائی جاتی ہیں۔ غیر طبعی برگردہ کی فعالیت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مردوں میں نسائی صنفی نمو شروع ہو جاتا ہے، اور عورتوں میں مردانہ مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ خیال پیش کیا جا چکا ہے کہ ہر عورت میں مرد کے خواص ایک کم و بیش حد تک ایک مخفی حالت میں موجود ہوتے ہیں، اور بعض صورت حالات کے تحت انقلاب صنف واقع ہو سکتا ہے۔ کریو (Crew) نے اس قسم کے انقلاب کی

ایک مینڈک کی مثال بیان کی ہے جس میں ایک مکمل الصنف مادہ مینڈک ایک مکمل الصنف نر مینڈک میں تبدیل ہوگئی تھی۔ اس نر مینڈک نے مادہ مینڈکوں کے ساتھ مجامعت کی اور ۲۳۰، بچے پیدا کئے! (مارشل Marshall) - جو اسباب صنفی ہارمون میں کمی اختلال پیدا کرسکتے ہیں، ان کے متعلق یقینی طور پر کچھ معلوم نہیں، لیکن اغلب یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس سلسلہ میں برگردی غدد ایک نمایاں حیثیت رکھتے ہیں۔

حصہ اول - باب سوم

امتحان کے طریقے

استفہامی امتحان

نسائیاتی مریضوں کی سریری تحقیقات کے لئے دو طریقے استعمال کئے جاسکتے ہیں، یعنی موضوعی یا استفہامی طریقہ' اور معروضی یا بلا واسطہ امتحان کا طریقہ۔ قاعدۃً دونوں طریقوں کا استعمال کیا جاسکتا ہے' اور کرنا بھی چاہیئے' اور ایسا صرف نہایت شاذ مثالوں ہی میں ہوتا ہے کہ ایک ہی ماخذ سے حاصل شدہ معلومات پر رائے قائم کرنا ضروری ہوتا ہے چنانچہ نوعمر لڑکیوں اور ناکتخدا عورتوں میں حوضی اعضا کی مفصل تحقیقات عمومی معدم حس کے استعمال کے بغیر مناسب نہیں۔ اور ایسی صورت حالات میں سریری روئداد کا باحتیاط معلوم کرنا نہایت عظیم الاہمیت ہوتا ہے۔ اس قسم کی روئداد کا حاصل کرنا آسان کام نہیں' کیونکہ نسائیاتی عوارض کے مریض اکثر اس قسم کی دقتیں پیدا کردیتے ہیں جو معمولی طبی یا جراحی مریضوں میں پیش نہیں آتیں۔ طب کی کسی شاخ میں اس قدر فہم و فراست اور احتیاط کی ضرورت نہیں پڑتی جتنی کہ نسائیاتی مسائل کی تحقیقات کے لئے ضروری ہوتی ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ لازمی تفاصیل کا مہیا کرنا اکثر عورتوں کو ایک قسم کی مصیبت معلوم ہوتا ہے جو محض اپنی گھبراہٹ کی وجہ سے طبیب کے امتحان میں نادانستہ دقتیں پیدا کردیتی ہیں۔ لہٰذا طبیعی امارات کی تحقیقات کے لئے کوئی کوشش کرنے سے قبل مریضہ کا

اعتماد حاصل کرنے، اور اس کی شکایات کی داستان سننے میں جو وقت صرف ہوتا ہے وہ ضائع نہیں ہوتا، بلکہ جائز طور پر استعمال ہوتا ہے۔

یہ سچ ہے کہ علم امراض النسا میں تشخیص کے صحیح ترین طریقوں سے جن کا انحصار معروضی امتحان پر ہے استفادہ کرنے کی سہولت حاصل ہے، لیکن اس سے مریضہ کی سابقہ روئداد معلوم کرنے کی اہمیت کم نہیں ہوتی۔ مریضوں کے بیشتر عصبی اضطراب کو جس سے معروضی امتحان مشکل ہو جاتا ہے، یا اس کے نتائج مشتبہ رہتے ہیں، طبیب اپنے طرز عمل سے متحمل مزاجی، خود اعتمادی اور ہمدردی کا اظہار کرنے سے رفع کر سکتا ہے۔ ساتھ ہی اس امر کے متعلق بھی بہت احتیاط رکھنا چاہئے کہ مریضہ کی سرسری تفاصیل کو سننے سے واقعات کا صحیح صحیح خیال بھی قائم ہو جائے۔ مغلوب الجذبات عورتیں اپنے علامات کو بیان کرنے میں اکثر مبالغہ آمیزی سے کام لیتی ہیں، اور ایسے مریضوں پر طبیب کے تاثرات اور اشارات کا بہت اثر پڑتا ہے۔ ہدایتی سوالات سے قاعدۃً گریز کرنا چاہئے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ ان کے جواب میں جو کچھ کہا جائے وہ حقیقت پر مبنی نہ ہو۔ مزید برآں یہ بھی بالعموم ضروری ہوتا ہے کہ مختلف ماؤف اعضا کے افعال کے متعلق نفی جند سوالات کئے جائیں، کیونکہ بہت سی عورتیں شرم یا گھبراہٹ کی وجہ سے اپنی شکایات کی اہم تفاصیل حذف کر دیتی ہیں، یا ان کو بیان کرنا بھول جاتی ہیں۔

جو مریض نسائیاتی عوارض کے لئے مشورہ طلب کرتے ہیں، وہ عام طور پر دو قسم کے ہوتے ہیں۔ پہلی قسم کے مریضوں کے متعلق ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ان کو علامات کے بیان کو طول دینے، اور ذرا ذرا سی باتوں کو بڑھا چڑھا کر بیان کرنے، اور طبیب کے صبر کی نہایت سخت آزمائش کرنے میں خاص لطف آتا ہے۔ دوسری قسم کے مریضوں میں عصبی اضطراب پایا جاتا ہے، اور وہ آزردہ اور مغلوب الجذبات ہوتے ہیں، اور ان سے صحیح سرسری روئداد 124
کا حاصل کرنا بہت مشکل ہوتا ہے۔ فریب دہی کے امکان کو بھی نظر انداز نہ کرنا چاہئے۔ بعض حالتوں میں اس کا مقصد سوائے طبیب کی ہمدردی حاصل کرنے اور اس کی توجہ منعطف کرنے کی خواہش کے علاوہ اور کچھ نہیں ہوتا، جیسا کہ بعض عورتوں میں انقطاع الطمث کے زمانہ میں غیر متوازن ذہنی کیفیتوں کی حالت میں دیکھنے میں آتا ہے۔ بعض عورتیں کسی مالی یا کسی دوسری قسم کے فائدہ کی غرض سے قصداً دھوکا دیتی ہیں۔ چونکہ زمانہ حال میں بہت سی عورتیں صنعتی

اور حرفتی اداروں میں ملازم ہوتی ہیں اس لئے اس امکان کو نظر انداز نہ کرنا چاہئے۔

مریضہ کی سابقہ روئداد۔ اس کے متعلق چند امور ایسے ہیں جو نسائی امراض میں خاص اہمیت رکھتے ہیں۔ اگر مریضہ کی کوئی قبالتی روئداد ہو تو سب سے پہلے اسے معلوم کرنا چاہئے۔ حملوں کی تعداد، ان کی تاریخیں، وضع حمل کی تکالیف اور ان کی نوعیت، اور مابعد زمانۂ نفاہت کی مدت اور اس کی کیفیت ان خاص امور میں سے ہیں جن کا خیال رکھنا ضروری ہے۔ آخر الذکر امر کی عملی اہمیت بہت زیادہ ہے، کیونکہ مزمن حوضی التہاب کے اکثر مریضوں میں مرض کی ابتدا وضع حمل یا اسقاط (miscarriage) کی مابعد سرائت سے ہوتی ہے۔ اور یہ عام طور پر تسلیم کیا جا سکتا ہے، کہ طویل زمانۂ نفاس جس میں پیچیدگیاں پیدا ہوگئی ہوں عفونتی سرائت کے پیدا ہو جانے پر دلالت کرتا ہے۔ اسقاط کا مسلسل وقوع قبالتی روئداد کا ایک اہم جزو ہے، کیونکہ حوض کی مقامی مرضی کیفیتیں ایسے مریضوں میں قلیل الوقوع نہیں ہوتیں۔ مزید برآں یہ بات ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ اسقاط کے بعد بھی عفونتی سرائت تقریباً اتنی ہی کثرت سے واقع ہوتی ہے جتنی کہ وضع حمل کے بعد۔

بعد ازاں فعل حیض کی طرف توجہ کرنا چاہئے۔ ابتدائے حیض کی عمر، مریضہ کا طبعی دورِ حیض اور اس کا درجۂ باقاعدگی، حیض کی مدت اور مقدار، اور اس کے متعلقہ علامات معلوم کرنا چاہئے۔

مریضہ کی اپنی، یا اس کے موجودہ یا کسی سابقہ خاوند کی سرائتِ سوزاک کی روئداد اسبابِ عقم سے ایک اہم تعلق رکھتی ہے۔ سوزاک کے عواقب مرد اور عورت دونوں کو عقیم کر سکتے ہیں، قبل الذکر مزمن التہاب بربخ (chronic epididymitis) سے عقیم ہوتا ہے، اور موخر الذکر قلوبی نالیوں کے بند ہو جانے سے۔ مزید برآں عورتوں میں ہر دو حاد اور مزمن التہابات حوض کا عام سبب سوزاک ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس سے اسقاط یا وضع حمل کے بعد نفاسی عفونت پیدا ہو جاتی ہے۔ التہاب زائدہ (appendicitis) کے حاد حملوں سے بھی کبھی کبھی حوضی التہاب شروع ہو جاتا ہے، اور یہ مرض اصلی مرض کا بذریعہ عملیہ علاج کرنے کے بعد بھی بعض اوقات قائم رہتا ہے۔ مزید برآں مریضہ کی معاشرتی زندگی، اور اس کے مختلف اشغال اور اس کے کام کے متعلق بھی معلومات حاصل کر لینا چاہئے، کیونکہ بعض اوقات ان اسباب کا اس کے مرض سے کوئی نہ کوئی اہم تعلق ہوتا ہے۔

موجودہ مرض کی روئداد ۔ ابتدائے مرض کی حتی الامکان ایک واضح روئداد حاصل کرنا چاہئے ۔ ایسے مزمن مریضوں میں جن میں مرض بہت طویل المدت ہو کچھ تو ان کی یادداشت میں فرق آجانے، اور کچھ ان کے مشاہدہ کے ناقص ہونے کی وجہ سے یہ کام شاذونادر ہی ممکن العمل ہوتا ہے ۔ تازہ یا حاد حالتوں میں ابتدائی علامات کا تعلق سابقہ دورِ حیض یا سابقہ حمل کے ساتھ بلحاظ تواریخ معلوم کرلینا چاہئے ۔ بہت سے امراض میں پہلے پہل ایسے علامات نمودار ہوتے ہیں جن کی تشخیصی اہمیت معتدبہ ہوتی ہے، مگر ان کے قلیل المدت ہونے کی وجہ سے مریضہ اکثر ان کا ذکر نہیں کرتی تاوقتیکہ ان کے متعلق خاص طور پر سوالات نہ کئے جائیں ۔ اس قسم کی مثال وہ درد سامط ہے جس کا احساس سوزاک میں عارضی حاد التہاب مبال (acute urethritis) کے ساتھ موجود ہوتا ہے ۔ جن مریضوں میں شدید درد کے حملے باربار ہوتے ہیں ان سے یہ خاص طور پر دریافت کرنا چاہئے کہ آیا ایام حیض کے ساتھ، یا حیض کی بے قاعدگیوں، مثلاً اس کی تاخیر یا نزف کی مقدار کی زیادتی کے ساتھ اس کا کوئی تعلق ہے ۔ ان امور کی اہمیت حوضی التہاب اور 125
خارج الرحم حمل میں ظاہر ہوگی ۔

یہ معلوم ہوجانا چاہئے کہ امراض النسا کی بحث علامات زیادہ طویل نہیں ۔ اس میں تین اہم علامات ہیں، یعنی درد، نزف اور مواد ۔ ان میں سے یا تو صرف ایک ہی علامت پائی جاتی ہے، اور یا مختلف صورت حالات میں ان کے مختلف مدارج بطور علاماتی مخلوط کے پائے جاتے ہیں ۔ ان اساسی علامات کے اسباب، اور ان کی امتیازی خصوصیات کا ذکر کسی آئندہ باب میں کیا جائیگا (صفحات 745 تا 755) ۔ ان کے وقوع، ان کی شدت، ان کے تکرار، اور ان کے خصوصی صفات میں بہت کچھ اختلاف ہوتا ہے جس کی تفصیل ہر مریضہ میں معلوم کرنا چاہئے ۔

درد شائد عام ترین علامت ہے، اور اسی کی وجہ سے مریضہ اول اول معالج کے مشاہدہ میں آتی ہے یہ بالعموم درد کمر کی شکل میں یا تو زیر معدی اور یا حرقفی خطوں میں محول ہوتا ہے اور یا زیریں قطنی یا عجزی رقبہ جات میں ۔ بائیں حرقفی حفرہ کا درد اکثر ''مبیضی درد'' کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، گو یہ نام رکھنے کے بہت کم وجوہ موجود ہیں ۔

درد حوض کے متعلق تحقیقات کرتے وقت اس کے صحیح صحیح محل وقوع، اس کے خاصہ، اور اس کی مدت کو معلوم کرنا چاہئے ۔ درد سے مریضہ جس قسم کی تکلیف محسوس کرتی ہے

اس سے اُس کے سبب کے محل کی تعیین کرنے میں معتدبہ مدد ملتی ہے۔ چنانچہ دھیما اور مستمر درد اکثر حوض کے التہابی ضررات میں پایا جاتا ہے' اور "حزقی درد" (bearing-down pain) رحم اور فرش حوض کی غیر وضعیتوں میں موجود ہوتا ہے' اور مقامی قولنج نما درد (colicky pain) رحم کے مقامی ضررات کو متلازم ہوتا ہے۔ دورانِ حیض میں سابق الوجود درد بالعموم شدید ہو جاتا ہے' اور اس قسم کی علامت کو اُس درد سے باحتیاط تمیز کرنا چاہئے جو خود دورانِ حیض میں پایا جاتا ہے۔ اس کا ذکر علیحدہ باب میں کیا گیا ہے (صفحات 176 و196)۔ احساسِ درد کی شدت کا اندازہ کرنے کیلئے معتدبہ احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے کیونکہ نمائندۂ درد (pain index) کا ثبات مختلف افراد میں مختلف ہوتا ہے۔ یہ معلوم کرنے سے اسکے متعلق کچھ نہ کچھ اشارہ ملتا ہے کہ آیا آرام کرنے سے اس میں واقعی کچھ کمی واقع ہو جاتی ہے' یا سہر (insomnia) کا سبب بنتا ہے۔ بہرکیف درد بہ حیثیت علامت اُن جملہ امور میں سے جن سے تشخیص کرنے میں مدد ملتی ہے سب سے کم اعتماد کرنا چاہئے۔ ایسی بہت سی عورتیں ہیں جو حوض میں معتدبہ مقامی تکلیف محسوس کرنے کی شکایت کرتی ہیں' مگر ان میں کوئی عضوی سبب تلاش نہیں کیا جا سکتا۔ ان میں حوضی احشاء میں ایک عمومی بیش حسیت پائی جاتی ہے' اور اگر احتیاط سے کام نہ لیا جائے تو بعض اوقات مختلف جراحی طریقہ ہائے عمل اختیار کر لئے جاتے ہیں جن کی سرانجام دہی کسی صورت میں جائز نہیں ہوتی' اور جن سے مریضہ کو کسی قسم کا فائدہ پہنچنے کی کوئی توقع نہیں ہوتی۔

نزف۔ درد کے بعد اہمیت کے لحاظ سے فعلِ حیض کے اختلالات ہیں جو یا تو اسکے توازن (rhythm) کے اختلالات کی شکل میں پائے جاتے ہیں' مثلاً افزائشِ تواتر (تعدد طمث :epimenorrhœa)' یا مقدار کے تغیر یعنی کمی بیشی کی شکل میں۔ نزف کافی کثیر الوقوع ہے' اور جب مریضہ اس علامت کی شکایت لیکر آئے تو اس کا صحیح محل معلوم کرنا لازم ہوتا ہے۔ اگر مناسب احتیاط نہ کیجائے تو مبال یا مثانہ یا معائے مستقیم سے واقع شدہ نزف کو تناسلی خطہ سے واقع شدہ نزف کے ساتھ خلط ملط کیا جا سکتا ہے۔ جب طبیب کو اس امر کا یقین ہو جائے کہ اس علامت کا مبدا رحم ہے تو اس کو یہ معلوم کرنا چاہئے کہ دورِ حیض یا حمل یا اسقاط یا وضعِ حمل کے ساتھ اس کو کیا تعلق ہے' اور اسے یہ بھی دریافت کر لینا چاہئے کہ اس کا اثر عام صحت پر کیا ہوا ہے' اور خاصکر ثانوی عدم دمویت کی پیدائش میں

اس کا کس قدر حصہ ہے۔ مزید برآں یہ بھی دیکھنا چاہئے کہ لوتھڑے موجود ہیں یا نہیں، اور ترشحی
مواد کا رنگ کیا ہے؟ آیا یہ شوخ سرخ ہے یا تاریک اور خون حیض کی قسم کا۔ چند سال
سے بعض نسائیاتی مصنفین کی کتابوں میں رحم سے پیدا شدہ نزف کو مندرجہ ذیل عنوانات 126
میں تقسیم کرنے کا رواج ہو گیا ہے:۔ (۱) کثرت طمث (Menorrhagia)، اس
اصطلاح کا استعمال مفرط نزف حیض تک محدود ہے، اور یہ ضائع شدہ خون کی حقیقی مقدار
سے تعلق رکھتی ہے۔ اس قسم کے جریان خون کا ذکر مریض "افراط حیض" (flooding) کے
نام سے کرتے ہیں۔ (۲) امتداد طمث (Menostaxis)، اس سے خون حیض کا مفرط
نقصان ظاہر کیا جاتا ہے، اور اس کا تعلق جریان خون کی مدت سے ہے، مثلاً کسی ایسی مریضہ
میں ماہواری ایام کا چودہ یا چودہ سے زیادہ دن تک جاری رہنا جس میں ایام حیض کی طبعی مدت
چار یا پانچ دن ہو۔ (۳) تعدد طمث (epimenorrhea) کا استعمال حیض کی کثرت
وقوع کے لئے کیا جاتا ہے۔ یہ اصطلاح حیض کے دوروں کے توالی کے انضباطی تغیر کو
ظاہر کرتی ہے۔ (۴) رحمی سیلان الدم (Metrostaxis) کی اصطلاح "استحاضہ"
(metrorrhagia) کی اصطلاح کی مترادف ہے، اور اس کا اطلاق اس نزف رحم پر
ہوتا ہے جو حیض کے علاوہ ہو، اور اس سے کوئی تعلق نہ رکھتا ہو۔ ایسے تمام نزفات جو
سن بلوغ سے پیشتر اور انقطاع الطمث کے بعد واقع ہوتے ہیں اس گروہ میں شامل ہیں۔
امراض نسائیاتی نزف رحم کی مذکورہ بالا تقسیم رحم کے غیر طبعی نزف کی قدیم تقسیم سے جو صرف
"کثرت طمث" (metrorrhagia) اور استحاضہ (menorrhagia) میں کی گئی تھی
سے بہتر نقطۂ نظر سے، اور تشخیص میں سہولت پیدا کرنے کی غرض سے عملی طور پر زیادہ مفید ہے۔

مواد۔ اگر خون کے علاوہ اور کسی مواد کا اخراج نمایاں علامت ہو تو اس کی مدت
اور ابتداء کے متعلق تحقیقات کر لینا چاہئے۔ اور یہ خاص طور پر معلوم کرنا چاہئے کہ آیا اس کی ابتدا
فوری تو نہیں تھی۔ تناسلی گذرگاہوں کا طبعی مواد سفید اور لیسدار ہوتا ہے۔ جب یہ معمولی مقدار
سے زیادہ افراط میں ہو تو اسکو "سیلان الابیض" (leucorrhea) کے نام سے موسوم کیا جاتا
ہے، اور مریض اسے عام طور پر "سفید رطوبت" (whites) کہتے ہیں۔ مواد کے خواص کا بنفسہ
احتیاط سے مشاہدہ کرنا چاہئے۔ اور اس کی مقدار اور شکل، آیا یہ آبی ہے یا گاڑھی، خاص طور پر
دیکھنا چاہئے۔ گاڑھی موادات بالعموم تعفنی ہوتے ہیں، اور ممکن ہے ان کا رنگ زرد یا بھورا

یا سبز بیان کرتے ہیں۔ بھوری رنگت کے معنی لازمی طور پر یہ نہیں ہوتے کہ اس میں خون کی آمیزش ہے مگر اس امکان کا خیال دل میں ہمیشہ رکھنا چاہئے۔ یہ بھی ہمیشہ معلوم کر لینا چاہیئے کہ آیا مواد بدبودار ہے یا نہیں۔ جب کبھی کوئی متنخر نو ساخت موجود ہوتی ہے، یا تناسلی قنال اور بولی یا معوی خلیوں میں ناسوری ربط پایا جاتا ہے تو مواد بدبودار ہوتا ہے۔ موخر الذکر حالت میں مریض خود راست اطلاع دیدیتے ہیں۔

بول کے اختلالات۔ نسائیاتی مریضوں میں ایسے علامات عام طور پر پائے جاتے ہیں جن کا تعلق بولی خطہ کے زیریں حصہ سے ہوتا ہے، کیونکہ تناسلی اعضا کے ساتھ ان کا قریبی تشریحی تعلق ہے۔ ان میں سے ہر ایک نظام کے ضررات دوسرے نظام کے مرض کے علامات سے اکثر پوشیدہ ہو جاتے ہیں۔ لہٰذا یہ ضروری ہے کہ ماہر امراض النسا تحقیقات کے اس پہلو کو نظر انداز نہ کرے، بلکہ ماہر بولیات کے طریقہ ہائے امتحان سے بخوبی واقفیت حاصل کر لے (دیکھو صفحہ 141)۔ اگر عجلتِ بول یا تواتر بول یا دقتِ بول کے علامات موجود ہوں تو ان کے متعلق خاص جستجو کی ضرورت ہوتی ہے۔

اورام شکم و دیگر اورام۔ جب مریضہ کسی ایسے ورم کی طرف توجہ دلائے جو خطہ شکم یا خطۂ فرج میں واقع ہو تو اس کے متعلق یہ معلوم کرنا چاہیئے کہ یہ کتنی مدت سے ہے، اور درد کے ساتھ اس کا کیا تعلق ہے، اور آیا ایسے موضوعی علامات بھی موجود ہیں جن کا اسکی موجودگی سے تعلق ہے۔ جب تک دوسرے اعضا پر ورم کا دباؤ پڑنے سے علامات پیدا نہ ہوں مریضہ کو بھی اکثر اس کے متعلق علم نہیں ہوتا تاوقتیکہ یہ بڑھ کر معتد بہ جسامت اختیار نہ کرے۔ یہ واقعہ ہے کہ بعض اوقات کسی بڑے سلعہ شکم کی موجودگی کی خبر مریضہ کو اُس وقت ہوتی ہے جبکہ مختلف موضوعی علامات کا سبب معلوم کرنے کے لئے اُس کا امتحان کیا جاتا ہے۔ یہ امر بھی معلوم کرنا چاہیئے کہ آیا ورم کی جسامت میں کوئی اختلاف دیکھنے میں آیا ہے یا نہیں، اور اسکی پیدائش کے وقت سے لاغری اور نہاکت (asthenia) کے سے عمومی علامات تو نہیں پائے جاتے۔

127 جہبل یا فرج کے ورم کے متعلق مریضہ کو جلد خبر ہو جاتی ہے، کیونکہ اس سے مقامی تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔ جہبل کے کسی ورم کو بھی عام عورتیں غلطی سے رحمی سقوط (uterine prolapse) کی کوئی شکل تصور کر سکتی ہیں۔ لہٰذا روئداد مرض حاصل کرتے وقت اس امر کے متعلق احتیاط رکھنا چاہیئے کہ مریضہ کے کسی ایسے بیان پر، مثلاً "رحم نیچے اتر رہا ہے" محض

سننے ہی سے یقین نہ کر لینا چاہئے۔ جب تک مریضہ کے بیان کی محتاط طبیعی امتحان سے تصدیق نہ کر لی جائے تشخیص میں فاش غلطیاں واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

بہت سے دوسرے علامات بھی اکثر پائے جاتے ہیں، مثلاً درد یا مباشرت میں تکلیف (جماع مؤلم :dyspareunia) اور عقم۔ فعل تبرز کے اختلالات بھی دیکھنے میں آتے ہیں مگر ان کی اہمیت اتنی نہیں ہوتی۔

عمومی صحت پر بعض اوقات بہت خراب اثر ہوتا ہے۔ چنانچہ شدید نزف کے دفعتہً شروع ہو جانے سے یا عرصہ دراز تک اس کے جاری رہنے سے شدید عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے، اور خبیث مرض سے لاغری اور ضعف (cachexia) پیدا ہو جاتے ہیں، اور مزمن درد سے بے خوابی اور عدم اشتہا اور عصبی نظام کے وظیفی اختلالات، یا بعض حالتوں میں عصبی نہاکت (neurasthenia) کے شدید اقسام پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مؤخر الذکر قسم کے مریضوں کو صلابت منتشر (disseminated sclerosis) کے ابتدائی مدارج سے باحتیاط تمیز کرنا چاہئے جو ایک ایسا مرض ہے جو عورتوں کو خاص طور پر زیادہ تر لاحق ہوتا ہے، اور جب تک کہ بہت احتیاط سے کام نہ لیا جائے، اور غلطی کے امکان کو مدنظر نہ رکھا جائے اس پر ہسٹیریا کا بھی شبہ ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ ہم نے پہلے بھی ذکر کیا ہے مریضوں کی شکایت علامات کے بیان کی اہمیت کا اندازہ کرنے کے لئے معتدبہ احتیاط اور غور و فکر سے کام لینا چاہئے۔ جب درد کی شکایت موجود ہو تو اس امر کا خاص طور پر خیال رکھنا چاہئے کیونکہ اکثر عورتیں نادانستہ طور پر اس علامت کے بیان میں مبالغہ سے کام لیتی ہیں۔ بعض عورتوں میں اس کے خواص پیچیدہ اور اختلاف پذیر ہوتے ہیں اور وظیفی اختلالات سے منسوب ہوتے ہیں۔ بہرحال محتاط طبیعی امتحان سے حاصل شدہ نتائج کے مقابلہ میں مریضہ کی شکایات کے بیان کو کم اہمیت دینا چاہئے۔

امتحانِ شکم

یہ امتحان روزمرہ نسائیاتی امتحان میں ایسے مریضوں میں بھی جن میں علامات بظاہر تناسلی خطہ کے زیریں حصہ کی طرف اشارہ کرتے ہوں، پہلا مرحلہ ہونا چاہئے۔ مریضہ کو چت لٹانا

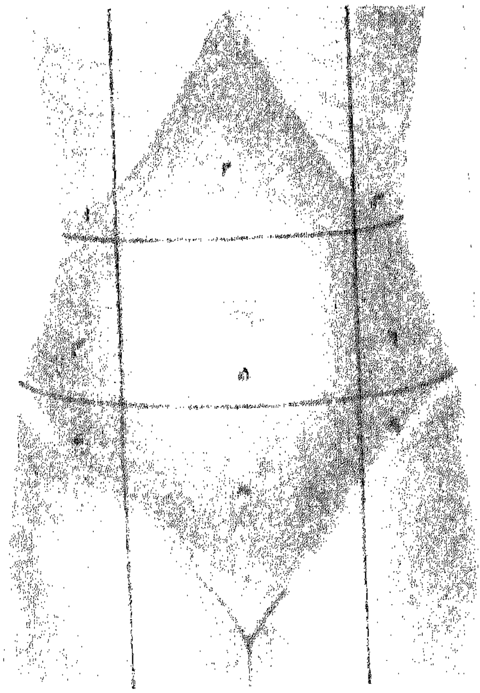
اور پستانوں سے لیکر عانہ تک۔ جسم پر کوئی کپڑا نہ ہونا چاہئے۔ معائنہ سے شکم کی کلانی، اس کی تقسیم اور اس کے حدود، موجودہ یا گذشتہ حمل کے نشانات جلد، سابقہ عملیوں کے ندبات، ناف کی حالت، اور تنفس سے جدور کی حرکت پذیری کے درجہ کا پتہ چل جائیگا۔ شکم کی کلانی فربہی، سیال یا سلعہ کی موجودگی، یا مثانہ کی پُری، یا امعاکے انتفاخی تمدد سے پیدا ہوسکتی ہے۔ فربہ مریضوں کے امتحان میں بہت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ ایک طرف تو ایک چھوٹا سا سلعہ بآسانی نظر انداز ہوسکتا ہے، اور دوسری طرف عمومی کلانی غلطی سے ایک بڑے سلعہ سے منسوب کی جاسکتی ہے۔ عضلاتِ شکم کی عصبی استواری جو سنِ یاس پر عورتوں میں قلیل الوقوع نہیں ہوتی اس امتحان میں دقت پیدا کرنے یا اسکے نتائج کو مشتبہ بنانے کا ایک اور سبب ہے۔ مشتبہ حالتوں میں تشخیص کرنے کے لئے عمومی معدمِ حس کے زیر اثر امتحان کرنا ضروری ہوتا ہے۔

بعض مثالوں میں ابتدائے حمل کے امارات کا پستانوں میں تلاش کرنا ضروری ہوتا ہے۔ اگر درد پستانوں میں محسوس ہوتا ہو تو یہ لازمی ہے کہ دونوں پستانوں اور بغلی اور فوق ترقوی غدود کا باقاعدہ جراحی امتحان کیا جائے۔

جسّ امتحان شکم کا نہایت اہم جزو ہے اور اسکی سرانجام دہی کے لئے کسی قدر مہارت 128
کی ضرورت ہے۔ ہاتھ گرم ہونا چاہئیں، اور ان کو استعمال کرتے وقت تمام ہاتھ کو، صرف انگلیوں کو نہیں، شکم پر چپٹا رکھنا چاہئے، اور جدور پر نرمی سے پھیرنا چاہئے۔ عصبی مزاج کی عورتوں میں خاص طور پر بہت نرمی کی ضرورت ہوتی ہے۔ اکثر مریض عصبی اضطراب کی وجہ سے انگلیوں کے ذرا سا چھونے سے بھی عضلاتِ مستقیمہ (recti muscles) کو منقبض کر لیتے ہیں یا ڈایافرام کو حالتِ انقباض میں برقرار رکھتے ہیں، اور صرف عضلاتِ صدر ہی سے سانس لیتے ہیں۔ لہٰذا مریضہ کا منہ کھلا رہنا چاہئے، اور اسے آرام سے آہستہ آہستہ سانس لینے کے لئے ہدایت کر دینا چاہئے۔

جب شکم کلانی یافتہ نہ ہو اور اس کی دیواریں پتلی ہوں تو عانی ارتفاق (symphysis pubis) کے نیچے گہرا دباؤ ڈالنے سے طبعی پیش گردیدہ رحم کے جسم کا شناخت کرنا بعض اوقات ممکن ہوتا ہے۔ زیر معدی خطہ میں ایک نرم اور غیر مبین الحدود ورم جو قرع کرنے پر اصم ہو، اور جو ہاتھ کو حوضی گڑھے میں پہنچنے سے روکے، پُر یا متمدد مثانہ کو ظاہر کرتا ہے۔ امعاء اور حوضی قولون متمدد ہونے کی حالت میں ہر ایک حرقفی خطہ (iliac region) میں نرم ریاحی اورام کی تشکل

اختیار کر لیتے ہیں۔ اس حالت کو غلطی سے کوئی ورم اضافی حالت تصور نہ کر لینا چاہیے۔ امعاء کے یہ حصے جب منقبض ہوں یا ان میں ٹھوس برازی مادہ موجود ہو تو دبلے بیماروں میں ان کو انگلیوں کے نیچے پھرایا جا سکتا ہے، اور یہ ٹھوس اور اسطوانہ نما محسوس ہوتے ہیں۔ پوپارٹ کے رباط (Poupart's ligament) کے وسط سے دو انچ اوپر گہرا دباؤ ڈالنے سے، خاص طور پر بائیں جانب پر، الیمیت کا احساس اس کثرت سے پایا جاتا ہے کہ سوائے اس حالت کے جبکہ یہ احساس بہت ہی شدید ہو اسے بمشکل غیر طبعی کہا جا سکتا ہے۔ یہ ہسٹیریا کے مشہور و معروف میسماسم (stigmata) میں سے ہے، اور اگرچہ اس کی طرف "بیضی الیمیت" (ovarian tenderness) کے نام سے اشارہ کیا جاتا ہے مگر اس کا تعلق کم از کم بیضہ کے ساتھ مشتبہ ہے۔ یہ بھی ضرور یاد رکھنا چاہیے کہ دائیں طرف التہاب زائدہ سے بھی اس الیمیت کے تعلق کا امکان ہوتا ہے۔



شکل ۸۸۔ شکم کے خطے (منطقے)۔ ۱۔ دایاں زیر غضروفی خطہ (رائٹ ہائپوکانڈریکل ریجن)۔ ۲۔ برمعدی خطہ (ایپی گیسٹرک ریجن)۔ ۳۔ بایاں زیر غضروفی خطہ۔ ۴۔ دایاں قطنی خطہ (رائٹ لمبر ریجن)۔ ۵۔ سُرّی خطہ (امبلیکل ریجن)۔ ۶۔ بایاں قطنی خطہ۔ ۷۔ دایاں حرقفی خطہ (رائٹ ایلیک ریجن)۔ ۸۔ زیر معدی خطہ (ہائپو گیسٹرک ریجن)۔ ۹۔ بایاں حرقفی خطہ۔

روزمرہ کے امتحان میں اعور، قولون صاعد، اور دونوں طرفوں کے گردوں کا تحسس

شامل ہونا چاہئے۔ عورتوں میں حرکت پذیر گردہ عام طور پر پایا جاتا ہے۔ اور جب شکمی دیواریں پتلی ہوں تو یہ آسانی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ طبعی حالت میں دائیں گردہ کا تشریحی لبول بائیں گردہ کے لبول سے نیچا ہوتا ہے، اور اس لئے "حرکت پذیر گردہ" کی تشخیص، بطور امراضیاتی عنصر کے، بغیر معقول وجوہ کے نہیں کرنا چاہئے۔

129 اورام کے محل، یا درد، یا زیادہ حس پذیری، یا غیر طبعی اصمیت کے رقبہ جات کے حدود کی تعیین اندراج کے لئے حتی الوسع صحیح صحیح طور پر کرنا چاہئے اور اس کام میں قرع سے بہت مدد ملتی ہے۔ مذکورہ مقصد کے لئے حوضی شکمی کہفہ کو چار افقی منطقوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے جن کے نام نیچے سے اوپر کی طرف کو یہ ہیں:— حوضی کہفہ (pelvic cavity)، زیر معدی منطقہ (hypogastric zone)، سُرّی منطقہ (umbilical zone)، اور ضلعی منطقہ (costal zone)۔ زیر معدی منطقہ نیچے کی طرف حوضی کگر سے اور اوپر کی طرف بین درنی مستوی (inter-tubercular plane) سے محدود ہوتا ہے۔ آخرالذکر ایک افقی خط ہے جو حرقفی عرفوں (iliac crests) کے بلند ترین مقامات کو ملاتا ہے۔ ضلعی منطقہ نیچے کی طرف زیر ضلعی مستوی (sub-costal plane) سے جو ایک افقی خط ہے جو دسویں ضلعی غضروفوں کے سروں کو ملاتا ہے، اور اوپر کی طرف ڈایافرام کے گنبد سے محدود ہوتا ہے۔ حوضی کہفہ اپنے مقدم اور موخر قطروں کے تقاطع سے از سر نو چار حصوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے، جو علیحدہ علیحدہ دایاں، بایاں، اگلا اور پچھلا حصہ کہلاتے ہیں۔ ہر ایک شکمی منطقہ پوپارٹ کے رباط کے وسط سے ضلعی کنارہ تک سرو و اطراف پر ایک انتصابی خط کھینچنے سے تین تین خطوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ اس طرح شکم کی مقدم دیوار پر نو خطے بنجاتے ہیں جن کے نام شکل ۸۰ سے ظاہر ہیں۔ جب متعدد جسامت کے شکمی اورام موجود ہوں تو یہ بہتر ہوگا کہ ان افقی منطقوں اور طبقوں کا نام بھی لیا جائے جن میں یہ واقع ہیں۔

قرع کا اہم ترین استعمال یہ ہے کہ اس سے اصم آواز جو ٹھوس یا سیال اورام پر سے آتی ہے اور ریاحی آوازیں، جو معدی معوی خطہ پر سے نکلتی ہے، تمیز کی جائے۔ شکم کے اندر آزاد سیال کی موجودگی معلوم کرنے کے لئے یہ مفید ہے، اور "سائر اصمیت" (shifting dullness) کو ضرور شناخت کیا جائے۔ قرع شکم کا طریقہ ایک معین دستور العمل کے مطابق ہونا چاہئے۔ بہترین ترکیب یہ ہے کہ رنانی رقبہ سے اصم رقبہ کی طرف قرع کیا جائے، اور اگر ممکن ہو تو ایسے

خط کا تتبع کیا جائے جو اسم رقبہ کی حد سے زاویۂ قائمہ پر ملتا ہو۔ جو اورام شکم حوض میں پیدا ہوتے ہیں ان میں سے اکثر گول ہوتے ہیں، اور ان کی بالائی سطح محدب ہوتی ہے۔ لہٰذا قرع عام طور پر پہلے ضلعی حاشیہ سے لیکر نیچے کی طرف کو کیا جاتا ہے۔ اور اس کے بعد قرع کرنے والی انگلیوں کو پہلوؤں سے خط وسطی کی طرف لے جایا جاتا ہے۔ جب ٹھوس حوضی الاصل سلعات موجود ہوں، اور استسقاء موجود نہ ہو تو پہلوؤں پر سے بالعموم رنّان آواز نکلتی ہے۔

قرع کے سلسلہ میں بعض مغالطوں کا خیال رکھنا چاہئے۔ چنانچہ ٹھوس سلعات کے اوپر سے بھی بعض اوقات اصم آواز نکل سکتی ہے جبکہ ورم اور دیوارِ شکم کے درمیان معا کا ایسا حصہ حائل ہو جس میں گیس موجود ہو۔ اور یہ بھی ظاہر ہے کہ رنانیت گندیدگی سے پیدا شدہ گیس سے بھی نتیجۃً پیدا ہو سکتی ہے۔ مزید برآں بیشتر منتفخ قولون کے موجود ہونے کی حالت میں پہلوؤں پر سے قدرتاً اصم آواز پیدا ہوتی ہے جو باریطونی سیال کی موجودگی کو ظاہر کرتی ہے۔ آخر میں سیال کے ذریعہ بند اجتماعات پر سے بھی قرع سے ایسے امارات ظاہر ہوتے ہیں جو شکلی نوساختوں کے امارات کے مماثل ہوتے ہیں، موخر الذکر کی مثال وہ درنی اجتماعات ہیں جو عمومی کہفۂ باریطون سے مشتبک معا اور ثرب کے ذریعہ سے چاروں طرف سے بند ہو گئے ہوں۔

استماع امراض النساء کے لئے تشخیص کا اتنا اہم طریقہ نہیں جتنے اہم کہ امتحان کے دوسرے ذرائع ہیں۔ استماع پر تمام حوضی الاصل سلعات، سوائے حاملہ رحم، بعض خارج الرحم حملات، اور چند رحمی الاصل کلاں سلعات کے جن سے ویسا ہی ایک "منزیز" (soufile) سنائی دیتا ہے جیسا کہ حمل کا رحمی منزیز (uterine souffle) ہوتا ہے، اصم ہوتے ہیں۔

ارتسامی اندراجات کا استعمال اورمعتا شکلی بیانیں بھی بہت مفید ہوتی ہیں تاکہ آئندہ ان کے مقابلے کئے جا سکیں۔ ایسی حالتوں میں جبکہ کسی شکلی ورم کی نوعیت مشتبہ ہو، اور مزید مشاہدات ضروری ہوں۔ ایسے اندراجات روزمرہ امتحان کا ہمیشہ ایک جزو ہونا چاہئیں۔ اس قسم کے دستور العمل کی پابندی کرنے سے دورانِ تشخیص میں غلطیوں کے 130
ارتکاب، مثلاً حاملہ رحم کو حوضی الاصل اور اضیافی سلعہ سے خلط ملط کر دینے سے بچنے میں معتدبہ مدد ملتی ہے۔

فرج اور مہبل کا امتحان

اگرچہ صحیح تشخیص کرنے کیلئے اعضائے حوض کا براستہ مہبل مکمل امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، مگر بعض ایسی حالتیں بھی ہیں جن میں یہ امتحان قرین مصلحت نہیں ہوتا، اور ان مستثنیات کا خاص خیال رکھنا چاہیئے۔

لڑکیوں اور ناکتخدا عورتوں میں حوض کا مقامی امتحان نہ کرنا چاہیئے تاوقتیکہ بہت شدید علامات اس کے مقتضی نہ ہوں، اور اس صورت میں بھی سب سے بہتر یہ ہوتا ہے کہ یہ عمومی معدم حس کے زیر اثر کیا جائے۔ خواہ مریضہ کتخدا ہو یا ناکتخدا ہر حالت میں یہ ضروری ہے کہ مریضہ کا کوئی عزیز یا دوست یا نرس امتحان کرنے کے وقت اس کے پاس موجود ہو۔ جب تک کہ اس احتیاط کی سخت پابندی نہ کیجائے گی مریضہ کے ان کی موجودگی پر اعتراض کرنے کے باوجود نہایت تشویش ناک نتائج پیدا ہونے کا خطرہ ہوگا جیسا کہ تجربہ سے ظاہر ہو چکا ہے۔

اگر کوئی کتخدا عورت مقامی امتحان کرنے پر اعتراض کرے، یا ایسا امتحان کرانے سے انکار کردے تو ایسی حالتوں میں، جبکہ شدید علامات، مثلاً نزف، موجود نہ ہوں، طبیب کا یہ فرض ہے کہ وہ مریضہ پر یہ امر واضح کر دے کہ اس قسم کی تحقیقات مرض کی تشخیص یا اس کے علاج کے لئے ناگزیر ہے؛ اور اگر اس پر بھی مریضہ معترض رہے تو وہ اس کا علاج کرنے سے انکار کر دے۔

حوضی اعضا کا مکمل مہبلی امتحان معائنہ اور اصبعی جس سے کیا جاتا ہے، اور اس کے لئے چند اوزاروں کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔ سیال صابون اور گلیسرین جیلی (glycerine jelly) کے مختلف اقسام بطور مدہن عام استعمال کے لئے بآسانی دستیاب ہو سکتے ہیں۔ دافع عفونت غسول (antiseptic lotions) مثلاً ٹنکچر آیوڈائی (۲ پائنٹ پانی میں ۱ ڈرام)، یا کول ٹار کے کئی ایک حاصلات میں سے کوئی ایک (مونسال Monsal؛ آیزال Izal؛ پاسلن Cyllin؛ "پاڈٹال" (Dittal) جو حال ہی میں رائج ہوا ہے)، بہت سی حالتوں میں کسی دوسرے مدہن سے قابل ترجیح ہوتے ہیں۔ زہرادی یا عفونتی سرائت کی حالتوں میں ربڑ کے دستانے جو پہلے سے پانی میں آبالے ہوئے ہوں، انگلیوں کو طوشت

ہونے سے بچانے اور دوسرے مریضوں تک سرائتی مواد کے پہنچانے کے خطرہ سے احتراز کرنے کیلئے ضرور پہننا چاہئیں۔ دیگر حالتوں میں انکا استعمال امر اختیاری ہے۔ لیکن بہت سے معقول دلائل کی بنا پر ان کو روزمرہ کے استعمال میں لانے کا مشورہ دیا جا سکتا ہے۔ عفونت اور سوزاک کا استثنا تمام مریضوں میں ناممکن ہے اور اس خطرہ کا علم ہونے سے پیشتر ہی انگلیاں ملوث ہو سکتی ہیں۔ ان تمام اشخاص کے لئے جو اکثر عملیات سرانجام دیتے ہیں ہاتھوں کو ملوث ہونے سے بچانا ایک نہایت اہم امر ہے۔ علم القابلہ کے اطبا کے لئے بھی اس کی اہمیت اتنی ہی ہے۔ شفاخانہ کے کام میں جہاں ماہر امراض النسا کو جلد جلد کئی ایک عورتوں کا متواتر امتحان کرنا ہوتا ہے ایک اور اندیشہ بھی ہوتا ہے اور وہ یہ ہے کہ ہر ایک امتحان کے بعد ہاتھوں کے ناکافی ازالہ عفونت سے ایک مریضہ سے دوسری مریضہ تک سرایت کے پہنچنے کا امکان ہوتا ہے۔

جس وقت یہ اس ملک (انگلستان) میں مہبلی امتحان بالعموم کیا جاتا ہے وہ یہ ہے کہ مریضہ بائیں کروٹ پر لیٹی ہوئی ہو اور اسے "بائیں جانب" (left lateral) یا نیم جانبی حیثیت میں جس کو "وضع سمز" (Sims's position) کہتے ہیں شکم پر خمیدہ ہوں (دیکھو شکل ۹۵ صفحہ 136)۔ اونچے کوچ اور اچھی روشنی سے بہت مدد ملتی ہے۔ سقوط (prolapse) کی حالتوں میں بعض اوقات مریضہ کو کھڑے رکھ کر امتحان کرنا مناسب ہوتا ہے۔ رکبی صدری وضع (genu-pectoral posture) کا استعمال شاذ و نادر حالتوں ہی میں کیا جاتا ہے۔ تو تشخیصی امتحان کی نسبت علاج میں ان وضعوں سے زیادہ استفادہ کیا جاتا ہے اور اس ملک میں یہ زیادہ مقبول نہیں۔ اگر مریضہ چت لیٹی ہو اور اس کی رانیں خم کردہ ہوں اور پاؤں کوچ کے سرے پر پائینتی رکھے ہوں اور گھٹنے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوں تو بھی یہ امتحان کیا جا سکتا ہے (دیکھو شکل ۹۹ اور ۱۰۰)۔ ان میں سے ہر ایک وضع میں فرج کا معائنہ 131
باسانی کیا جا سکتا ہے اور یہ پہلا حصہ ہے جس کی طرف توجہ مبذول ہوتی ہے۔ جن امور کا خیال رکھنا چاہئے وہ یہ ہیں کہ شفرتین کبیرہ، شفرتین صغیرہ اور بظر کی حالت دیکھی جائے اور پھر شفرتین کو انگلیوں سے علیحدہ کر کے پردہ بکارت، لحمیات آسیہ (carunculæ myrtiformes) دہلیز، منفذ بول اور حفرہ زورقیہ کا اچھی طرح امتحان کیا جائے۔ بعد ازاں انگشت اشاریہ کے سرے کو منفذ مہبل سے داخل کر کے مبال (urethra) کے فرش پر منفذ بول کے رخ میں

دباؤ ڈالا جائے تاکہ اگر کوئی مبالی مواد موجود ہو تو وہ ظاہر ہو جائے۔ اخیر میں بارتھولینی قناتوں کے دہنوں کا معائنہ کیا جائے۔ اگر یہ غدد کلانی یافتہ ہوں تو ہر شفرۂ کبیر کے قاعدہ پر کی بافت کو مہبل کے اندر کی انگلی اور باہر کی جانب سے انگوٹھے کے درمیان پکڑنے سے ان کا تجسس کیا جا سکتا ہے۔ طبعی بارتھولینی غدد تجسس سے محسوس نہیں کیا جا سکتا۔ فرج کی مخاطی سطحیں بالعموم مرطوب ہوتی ہیں لیکن ان پر کوئی مواد دکھائی نہیں دیتا۔ بعض اوقات ایک سفید دوغ نما افراز یا ایک رقیق دودھیا سا سیال موجود ہوتا ہے مگر ان میں سے کوئی بھی غیر طبعی نہیں۔

امتحان کا دوسرا مرحلہ مہبل کا انگشتی امتحان ہے جو بالعموم دائیں ہاتھ کی انگشت اشاریہ سے، اور صاحب ولادت عورت میں انگشت اشاریہ اور وسطیٰ سے کیا جاتا ہے۔ اگر داخلی امتحان کیلئے ہر ایک ہاتھ کو مساوی سہولت کے ساتھ استعمال کرنے کی مشق کر لی جائے تو بہت آسانی ہوتی ہے۔ انگلیاں داخل کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہیے کہ فرج ایک مقدم موخر درز ہے، اور مہبل کا درونہ مستعرض ہوتا ہے۔ لہٰذا جب انگلیاں اوپر کی جانب عنق کی طرف گزاری جائیں گی تو ہاتھ کو ایک زاویہ قائمہ کی گردش دی جائے گی۔

دیوار ہائے مہبل کی حالت پہلا امر ہے جس کا مشاہدہ کرنا چاہیے۔ مقدم دیوار کے زیریں ایک تہائی حصہ پر مستعرض شکن (دیکھو صفحہ 51) بالعموم محسوس کیے جا سکتے ہیں، لیکن اُن عورتوں میں جن کو بہت سے بچے پیدا ہوئے ہوں یا جن کو مہبلی سقوط کی شکایت ہو یہ اکثر موجود نہیں ہوتے۔ مشاق انگلی سے ایسی حالتوں میں مثلاً دیواروں کے غیر طبعی ڈھیلے پن، بھچاؤ، ندبات، ثؤلولی فضولات (warty excrescences) اور ودیری یا ٹھوس اورام کی فوراً شناخت ہو جائے گی۔ اس کے بعد عنق کے مہبلی حصہ کو محسوس کرنا چاہیے۔ یہ بالعموم حوضی کہفہ کے مرکز کے قریب اس طرح واقع ہوتا ہے، کہ فم خارجی ورکی شوکہ (ischial spine) کے لیول کا متناظر ہوتا ہے، مگر اس محل میں تفاوت کا پایا جانا قلیل الوقوع نہیں، اور اگر کسی رخ میں خفیف سی غیر وضعیت پائی بھی جائے تو اس کو حد سے زیادہ اہمیت نہ دینا چاہیے، کیونکہ تندرست رحم نہ تو ہمیشہ خط وسطی میں واقع ہوتا ہے اور نہ افقی لیول پر۔ عدیم الولادت عورتوں میں فم یا تو ایک چھوٹے سے گول روزن کی شکل کا ہوتا ہے، اور یا ایک تنگ مستعرض جھری کی شکل کا۔ کثیر الولادت عورتوں میں یہ ہمیشہ یا تو مستعرض ہوتا ہے جبکہ کوئی دریدگی نہ واقع ہوئی ہو، اور یا بے قاعدہ جبکہ عنق دوران ولادت میں پھٹ چکی ہو۔ ایک اور حالت کا جو قلیل الوقوع نہیں

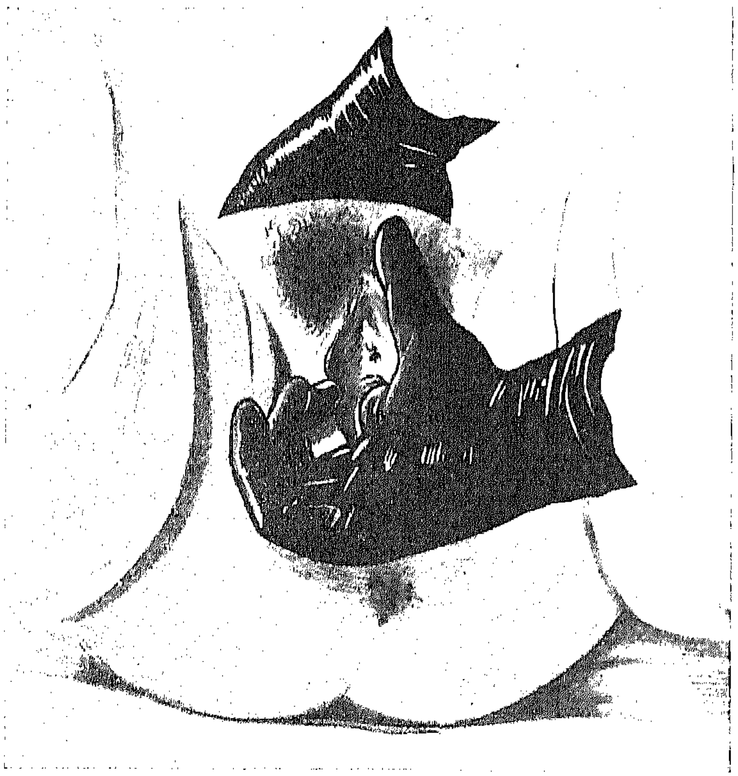
ذہن نشین رکھنا ضروری ہے' اور وہ یہ ہے کہ عنق کی سطح پر کئی ایک قصیر القامت' ہموار گول اور محکم ارتفاعات موجود ہوتے ہیں جو ان احتباسی دویروں کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں جو عنق کی لیفی اعضلی دیوار میں عنقی غدد کے گہرے حصوں کے بند اور منتسع ہو جانے سے بنتے ہیں' اور یہ نیبوتھی کے بیضک (ovula Nabothi) کہلاتے ہیں (شکل ۱۹۔ صفحہ 20)۔ مشاق انگلی سے عنق کی غیر طبعی حالتوں' (مثلاً عنق کی قنال کا اتساع' اور اس کے لبوں کا بیش پرورشی تطول اور انکی بروں گردیدگی جو دریدگیوں اور ندبات سے پیدا ہوئی ہو' اور بارز سعدانے (protruding polypi)' اور نیز خبیث بالیدیں اور دیگر اسباب سے پیدا شدہ تقرح) کی شناخت کی جاتی ہے۔

دو دستی امتحان۔ اس کے بعد کا مرحلہ دو دستی امتحان ہے جو ہر ایک نقطہ نظر سے بہت اہم ہے' اس طریقہ میں مہارت اور اعتماد حاصل کرنے کے لئے کافی تجربہ کی ضرورت ہے' موافق صورت حالات کے تحت اس کو عمل میں لانا آسان ہے' اور اس سے جملہ حوضی اعضا کا مفصل امتحان کیا جا سکتا ہے۔ غیر موافق حالات مثلاً فربہی' عصبی اضطراب اور معائے مستقیم کی پری' وغیرہ کی صورت میں بعض اوقات یہ ضروری ہوتا ہے کہ اپنے آخری فیصلہ کو ملتوی رکھا جائے' تا وقتیکہ معدم حس کے زیر اثر امتحان نہ کر لیا جائے۔ بعض مثالوں میں اس پر بھی کئی ایک امور غیر مشخص رہ جاتے ہیں۔ 132

دو دستی امتحان کو کامیابی سے سر انجام دینے کیلئے یہ ضروری ہے کہ مثانہ اور معائے مستقیم پر نہ ہوں۔ لہٰذا امتحان کیلئے تیار کرنے سے پیشتر ایک خفیف سالین استعمال کرا دینا چاہئیے۔

دو دستی امتحان مختص اسی وضع میں ٹھیک طور پر کیا جا سکتا ہے کہ مریضہ چت لیٹی ہوئی ہو' اور اس کے گھٹنے ایک زاویہ حادہ پر خمیدہ ہوں۔ جب کوئی خاص نسائیاتی کوچ یا عملیاتی میز استعمال کیجائے تو ممتحن مریضہ کے گھٹنوں کے درمیان کھڑا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۸۹)۔ مگر کوچ کی ایک طرف کھڑے ہو کر اپنے دائیں ہاتھ کو مریضہ کے خمیدہ دائیں گھٹنہ کے نیچے سے گذارنا بھی اسکے لئے اتنا ہی آسان ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۰)۔ دایاں ہاتھ بالعموم داخلی امتحان کے لئے استعمال کیا جاتا ہے' اور بایاں زیر معدہ پر رکھا جاتا ہے' اور دونوں ہاتھوں کی انگلیوں کے اشتراک عمل سے حوضی اعضا کا نیچے سے

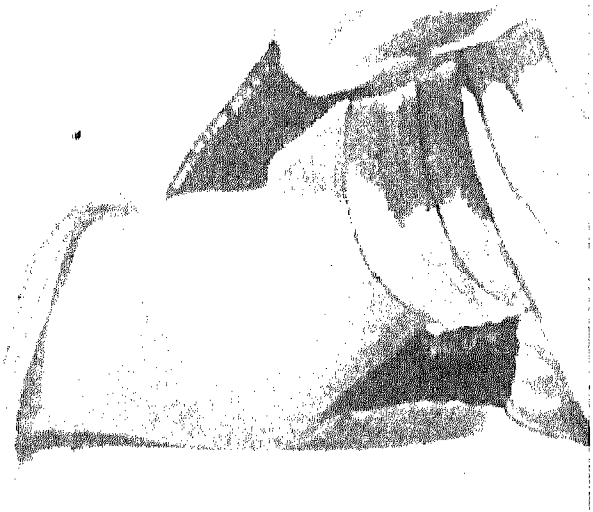
اور اوپر سے بیک وقت جس کیا جاسکتا ہے۔ داخلی امتحان کرنے کے لئے ہر ایک ہاتھ کو مشق بہم پہنچا لینا مناسب ہوتا ہے۔ کیونکہ حوض کی دائیں طرف کا استقصاء دائیں ہاتھ سے، اور



شکل ۸۹۔ وودسنی امتحان کرنے کا طریقہ۔ ممتحن کوچ کے سرے پر کھڑا ہے۔
(ایک عکسی تصویر سے۔)

بائیں طرف کا بائیں ہاتھ سے زیادہ مکمل طور پر کیا جاسکتا ہے۔ دونوں وضعوں میں جو شکل ۸۹
193 اور ۹۰ میں ظاہر کی گئی ہیں امتحان کرنا سیکھنا چاہیئے، کیونکہ کوچ یا عملیتی میز کا استعمال ہمیشہ ممکن نہیں ہوتا۔ صاحب فراش مریضوں کے لئے وہ وضع جو شکل ۹۰ میں دکھائی گئی ہے زیادہ مناسب ہوتی ہے، اور اس میں دوسری وضع کی نسبت کم تکلیف ہوتی ہے۔

پہلے جسم رحم کو پیش گردیدگی (anteversion) کی طبعی حالت میں تلاش کیا جاتا ہے۔ اگر اندازہ ہی سے کہا جائے تو رحم عموماً عفہ حوض کے قبالتی دور پر واقع ہوتا ہے۔ دبلی عورتوں میں یہ اس محل پر بآسانی محسوس کیا جا سکتا ہے۔ لیکن اگر یہاں یہ فوراً نہ ملے تو اسے جہبل کے اندر کی انگلی سے شکمی دیوار کی طرف دھکیلنا چاہئے۔ یہ طریقہ اوپر سے دباؤ ڈال کر طاقتور شکمی عضلات کی مزاحمت پر زور سے غالب آنے کی کوشش کرنے سے کہیں زیادہ مؤثر ہے۔ بیرونی ہاتھ کو



شکل ۹۰ ۔ دو دستی امتحان کرنے کا طریقہ ۔ ممتحن کوچ کی ایک جانب پر کھڑا ہے۔
(ایپلٹی کی تصویر سے۔)

عانہ سے ذرا اوپر رکھنا چاہئے جسم رحم کو دونوں ہاتھوں کی انگلیوں سے یوں پکڑ لینے سے اس کی وضع جسامت، شکل، استقلال اور حرکت پذیری کا پتہ چلانا ممکن ہوتا ہے۔ دوسرے چھوٹے چھوٹے امور کا بھی خیال رکھنا چاہئے مثلاً دباؤ کے لئے اس کی حساسیت اور ہلانے سے درد کا احساس۔ پس گردیدہ رحم کا قابل اطمینان دو دستی امتحان کرنا یقیناً آسان نہیں ہوتا تاوقتیکہ اسے پیچھے دھکیل کر حوض کی گاؤ کے لیبول پر نہ لایا جائے۔ ایسا بذریعہ مقعد بہ واسطہ جہبل بہ نسبت زیادہ کامیابی سے کیا جا سکتا ہے۔

اس کے بعد رحمی زوائد (uterine appendages) کی تحقیق کرنا چاہیئے۔ جانبی
قبودں یا حوض کے موخر چوتھائی حصوں کا دو دستی امتحان کرنے سے ان کا پتہ لگایا جاسکتا ہے۔
استثنائی حالتوں میں تین ساختیں شناخت کی جاسکتی ہیں۔ اگلی طرف ایک پتلی حبل جو انگلیوں
کے درمیان پھرائی جاسکتی ہے مستدیر رباط کو ظاہر کرتی ہے، پچھلی طرف ایک زیادہ نرم اور
اسطوانہ نما ساخت یعنی فلوپی نلی ہوتی ہے۔ اگر موخر الذکر کا باہر کی طرف کو تعاقب کیا جائے تو بیض
اپنے طبعی محل پر یعنی جانبی حوضی دیوار کے نزدیک محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ اپنی گول یا بیضوی شکل،
نرم بستگی، حساسیت، باسانی حرکت پذیر ہونے، اور دونوں ہاتھوں کی انگلیوں کے درمیان سے جلد پھسل جانے
سے پہچانا جاتا ہے۔ اگر بیض اپنے طبعی محل پر نہ ملے تو اسے ڈگلس کی جیب میں تلاش کرنا چاہیئے جہاں
یہ سقوط یافتہ ہونے کی حالت میں مل جاتا ہے۔ طبعی فلوپی نلی کی شناخت سب سے زیادہ مشکل
134 ہے۔ اسکی بستگی مستدیر رباط سے زیادہ نرم ہوتی ہے، اور جب تک کہ امراضیاتی تغیرات سے
اسکی شکل بگڑ نہ جائے، یا یہ دبازت یافتہ نہ ہو جائے اس کا تمیز کرنا زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ فربہی
اور دیوار ہائے شکم کے استوار ہونے کی حالتوں میں کلائی نا یافتہ زائدے بعض اوقات بالکل
محسوس نہیں ہوتے، اور ان حالتوں میں جب کبھی یہ محسوس کئے جاسکتے ہیں تو انکی جسامت غالباً
غیر طبعی ہوتی ہے۔

اگر مثانہ خالی ہو تو اس کے حدود حس سے معین نہیں کئے جاسکتے۔ پُر مثانہ مقدم قبوہ
میں سے ایک نرم متموج ناچیہ کے مانند محسوس ہوتا ہے، اور یہ رحم کو پچھلی طرف ہٹا دیتا ہے، اسلئے
اس کا محض قعر ہی محسوس کیا جاسکتا ہے۔ بعض مثالوں میں حالبین کے حوضی حصوں کے سرے
مثانہ میں منتہی ہونے کے لئے آگے کی اور اندر کی طرف کو جاتے ہوئے حوض کے اگلے چوتھائی حصوں
میں عنق سے ذرا باہر کی طرف شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ تدرن سے دبازت یافتہ ہونے کی حالت
میں یا حصیات (calculus) کی موجودگی میں ان کی شناخت آسان ہوتی ہے۔

اخیر میں اسی طرح موخر قبوہ کا استقصا کیا جاتا ہے۔ عنق کے پیچھے سے اندرونی
انگلی کو اوپر کی جانب اٹھانے سے رحم کی موخر دیوار کے زیریں جزو کا کسی قدر حصہ محسوس کیا جاسکتا
ہے (دیکھو شکل ۳) علاوہ بریں مقعد مستقیمی دیوار اور رحمی عجزی رباطات بھی محسوس کئے
جاسکتے ہیں، لیکن موخر الذکر شناخت نہیں کئے جاسکتے تاوقتیکہ یہ غیر معمولی طور پر نمو یافتہ نہ ہوں
یا دیگر التہابی تغیرات سے دبازت یافتہ نہ ہو گئے ہوں۔ ان کا امتحان تمام حالتوں میں بمقابلہ

براستہ مہبل براستہ مبرز زیادہ کامیابی کے ساتھ کیا جاسکتا ہے۔

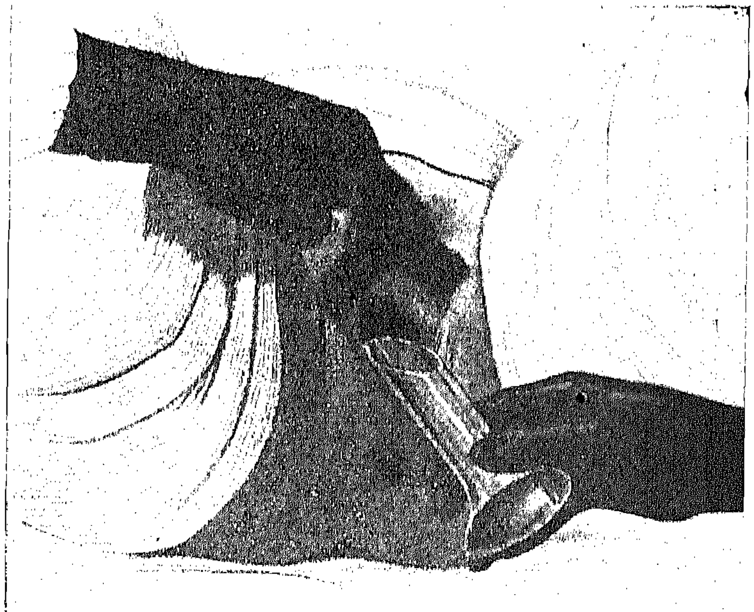
بہت سے مریضوں میں ہر دو ظہری اور جانبی وضعوں میں دو دستی امتحان کرنے سے تشخیص میں بہت کچھ مدد مل سکتی ہے۔ ہیئت (posture) کی تبدیلی سے حوض کے بڑے بڑے اعضا اور بالخصوص رحم کا بھی محل تبدیل ہوجاتا ہے، چنانچہ وضع سمس (Sims's position) میں اس عضو میں آگے کی طرف کو گرنے کا رجحان پایا جاتا ہے، اور اس لئے ڈگلس کی جیب کے خطہ کا نیچے سے زیادہ اچھی طرح سے امتحان کیا جاسکتا ہے۔

مستقیمی، مستقیمی شکمی، اور مستقیمی مہبلی شکمی امتحان۔ مستقیمی امتحان دائیں ہاتھ کی انگشت اشاریہ سے کیا جاتا ہے، جس پر دستانہ پہنا ہوا ہو اور جس کی تدہین اچھی طرح سے کرلی گئی ہو۔ یہ ضروری ہے کہ معائے مستقیم خالی ہو۔ باکرہ عورتوں میں، جیساکہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے، یہی مناسب ہوتا ہے کہ مہبلی امتحان سے حتی الامکان احتراز کیا جائے۔ اس حالت میں مستقیمی شکمی طریقہ سے تقریباً صحیح صحیح نتائج حاصل کئے جاسکتے ہیں، خاصکر جہانتک کہ رحم کی جسامت اور اسکی وضع اور عنق کی حالت کا تعلق ہے۔ اگر نبرز کے ساتھ نزف یا درد کی روئداد موجود ہو تو یہ ضروری ہے کہ مبرز میں انگلی داخل کرنے سے پیشتر اس کا باحتیاط معائنہ کرلیا جائے، کیونکہ شقاق یا بواسیر موجود ہونے کی صورت میں انگشتی امتحان بہت تکلیف دہ ہوتا ہے۔ مہبلی امتحان کی نسبت مستقیمی امتحان سے ڈگلس کی جیب کے مافیہ کا، اور خاصکر بیضین کا، زیادہ مکمل امتحان ہوسکتا ہے، معائے مستقیم کے اندر کی انگلی جیب مذکور کی موخر دیوار کے ساتھ ساتھ بہت دور تک چلی جاتی ہے، مگر براستہ مہبل یہ صرف اس کے فرش تک ہی پہنچتی ہے (دیکھو شکل ۴)۔ پس رحمی ورم کی نوعیت کی وضاحت اکثر اوقات اس طریقہ سے کی جاسکتی ہے۔ مزید برآں رحمی عجزی رباطات بھی بآسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں، اور ابتدائی دردریزش بھی جیسی کہ



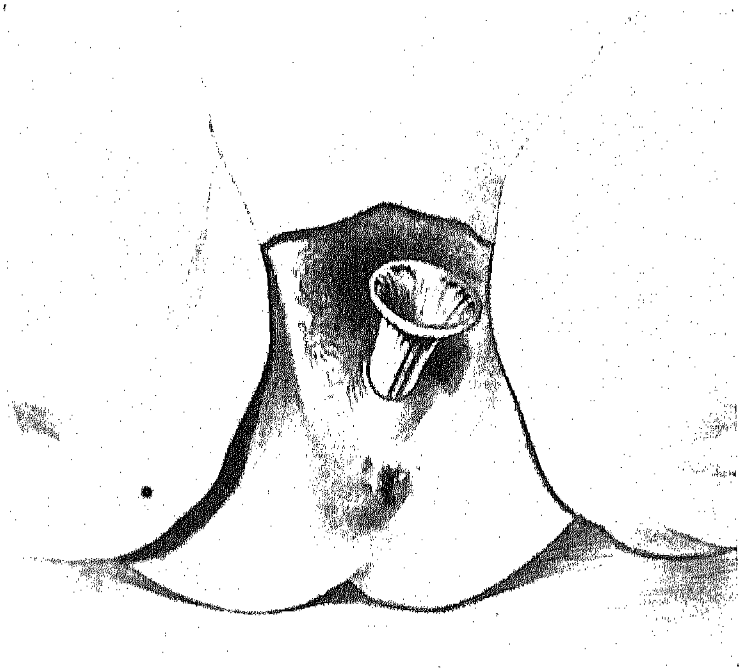
شکل ۹۱۔ فرگسن کا مہبلی منظار (فرگسنز ویجائینل سپیکولم)۔

135 سرطان عمق میں پائی جاتی ہے اس طریقہ سے شناخت کی جاسکتی ہے جو مہبل میں سے ظاہر نہیں ہوتی۔



شکل ۹۲ ۔ فرگسن کے منظار کو داخل کرنے کا طریقہ۔ (عکسی تصویر سے۔)

علاوہ ازیں التہابی خلوی التہابات اکثر اوقات معائے مستقیم کے ارد گرد راستہ بنا لیتے ہیں، اور اس کو ایک مثبت اور محکم حلقۂ تصلب سے کم و بیش مکمل طور پر محصور کر لیتے ہیں اور سب سے آخر میں مستقیمی تضیق (rectal stricture)، سلعات (polypi)، بواسیر، برازی اجتماعات، اور اجسام غریبہ کے موجود ہونے کی سی حالتیں شناخت کی جاسکتی ہیں۔ بعض اوقات انگشت اشاریہ کو مہبل میں اور وسطی کو مبرز میں داخل کرکے دو دستی امتحان کرنا مفید ہوتا ہے (مستقیمی مہبلی شکمی امتحان)۔ اس طرح ناقص حرکت پذیری کے خفیف مدارج شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ اور حوضی ورم اور رحم کے تعلق کی تعیین کی جاسکتی ہے۔



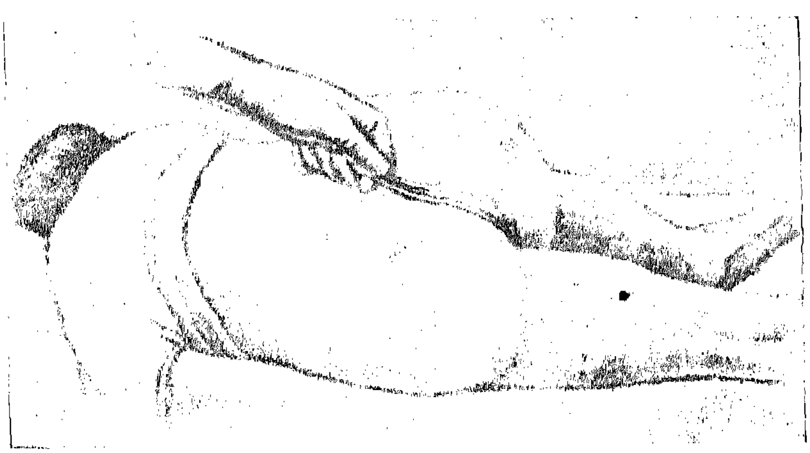
شکل ۹۲۔ فرگسن کا منظار داخل کرنے کے بعد۔ (عکسی تصویر سے)



136

شکل ۹۴ - سمتس کا مہبلی منظار۔

منظارات اور امتحان میں سہولت پیدا کرنے کے دیگر ذرائع۔ مہبلی منظار (vaginal speculum) اور کافی روشنی کی مدد سے مہبلی قنال اور عنق کا معائنہ بآسانی کیا جا سکتا ہے۔ مہبلی منظارات کی بہت سی قسمیں ہیں، لیکن یہاں پر صرف دو ہی کے بیان کی ضرورت ہے۔

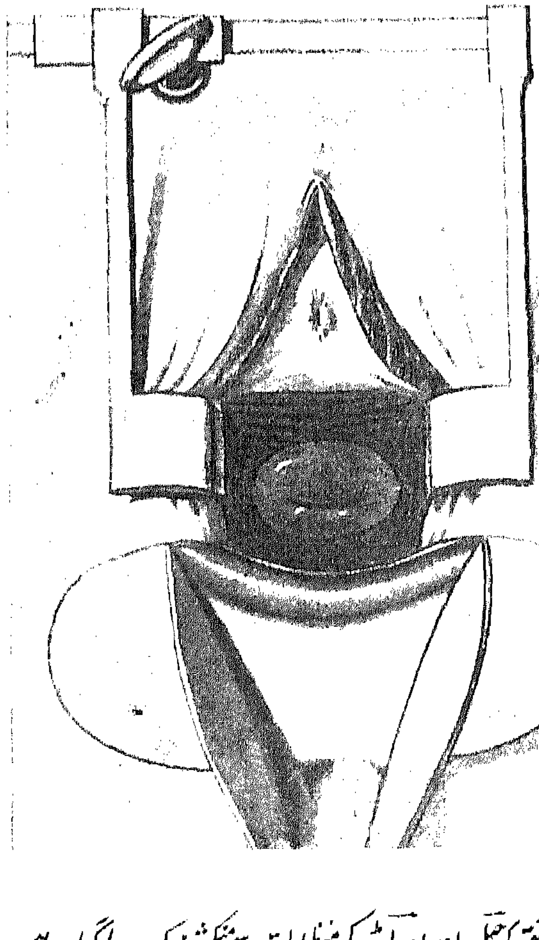


شکل ۹۵۔ وضعِ سمس میں منظار داخل کیا گیا ہے۔

ان میں سے مفید ترین ”بط منقار“ (duck-bill) یا سمس کا منظار (Sims's speculum) اور ”انبوبی“ (tubular) یا فرگسن کا منظار (Ferguson's speculum) ہیں۔

فرگسن کا منظار ولکانائٹ یا شیشہ یا دھات کی تقریباً ۶ انچ لمبی نلی ہوتا ہے جس کا بالائی سرا ترچھے رخ میں کٹا ہوتا ہے، اور اس کا زیریں سرا پھیلا ہوا اور ذرا باہر کی طرف کو مڑا ہوا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۱)۔ یہ منظار مختلف جسامتوں کا ہوتا ہے۔ سب سے چھوٹے منظار کا قطر تقریباً ۱ انچ ہوتا ہے، اور یہ عدیم الولادت عورتوں کے لئے موزوں ہے۔ اس اوزار کو (جسے پہلے پانی میں جوش دیکر کوئی عقیم یا دافع عفونت مدہن لگا لیا جاتا ہے) داخل کرنے کے لئے بائیں ہاتھ کی انگلیوں سے شفرتین صغیرہ کو ایک دوسرے سے اس حد تک علیحدہ کر لیا جاتا ہے کہ مہبلی دہنہ نظر آسکے (دیکھو شکل ۹۲)۔

137 پھر اس کا بالائی تیز چپٹا سرا فرج کے ساتھ اس طرح لگا دیا جاتا ہے کہ اس کی زیادہ لمبی طرف پیچھے کی طرف کو ہوتی ہے۔ اس کے کنارے سے مہبل کی پچھلی دیوار کو آہستہ سے پیچھے دبا دیا جاتا ہے، اور ساتھ ہی پیچھے کے سرے کو اس طرح پکڑا جاتا ہے کہ یہ اوزار حوضی مخرج کے قبالتی محور میں واقع ہو (شکل ۹۳)۔ اس طریقہ سے مہبلی دہنہ اتنا تنیدہ ہو جاتا ہے کہ منظار کی اگلی چھوٹی طرف دہلیز پر سے بآسانی پھسل جاتی ہے۔ پھر منظار کو آہستہ سے اندر کی طرف کو دھکیل دیا جاتا ہے، اور اس کی لمبی طرف عنق کے



شکل ۹۶۔ عنق کو جیل اور اوو آرڈ کے منظارات سے منکشف کیا گیا ہے ۔

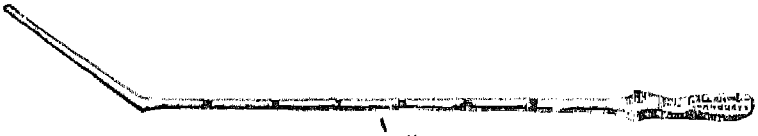
پیچھے سے موخر قبوہ میں پہنچا دی جاتی ہے۔ منظار کے بالائی سرے میں اب عنق منکشف ہو جاتی ہے، اور مہبل کی دیواریں نظر نہیں آتیں۔ منظار کو داخل کرتے یا نکالتے وقت مہبل کی دیواروں کے وہ حصے جو اس سے پرے ہوتے ہیں ایک دوسرے سے متماس دکھائی دیتے ہیں۔ یہ منظار ظہری اور جانبی ہر وضع میں بآسانی استعمال کیا جا سکتا ہے۔

سمس کا منظار شکل ۹۴ میں دکھایا گیا ہے۔ یہ ایک دوہرا اوزار ہے جو درمیان سے پکڑا جاتا ہے، اور اس کے دونوں سرے چمچہ کی شکل کے اور مختلف جسامتوں کے ہوتے ہیں، اور دستہ پر مستعرض رخ میں لگے ہوتے ہیں۔ اس کے موجد میرین سمس (Marion Sims) کے حسب خواہش اس اوزار کو نیم مکبوب (semi-prone) یا سمس کی وضع میں استعمال کرنا چاہئے، یعنی مریضہ 138
بائیں کروٹ پر لیٹی ہو، اور اس کا بایاں بازو اس کی کمر کے پیچھے ہو، اور رانیں اس طرح خمیدہ ہوں کہ دائیں بائیں کی نسبت زیادہ خمیدہ ہو (شکل ۹۵)۔ اس وضع میں دہنۂ مہبل کھل جاتا ہے، اور مہبل میں ہوا داخل ہو کر اسے متمدد کر دیتی ہے، اور رحم آگے کی اور نیچے کی طرف یعنی مقدم شکمی دیوار کی جانب گر جاتا ہے۔ منظار کا چمچہ نما سرا اس طرح داخل کر دیا جاتا ہے کہ اس کا محل مہبل کے مقدم موخر قطر میں ہو۔ پھر اس اوزار کو گردش دیکر مہبل کی موخر دیوار اس سے بازکشیدہ کر لی جاتی ہے، اور اس طرح مہبل کی تمام مقدم دیوار اور عنق منکشف ہو جاتی ہے۔ جب مہبلی دیواریں مسترخی ہوں (جیسا کہ سقوط کی حالتوں میں ہوتا ہے) تو مقدم دیوار اوزار کے اندر گر جاتی ہے، اور عنق کو نظر سے پوشیدہ کر دیتی ہے تاوقتیکہ اسے چمٹے سے پیچھے کی طرف نہ دبا دیا جائے۔ اس منظار کو جگہ پر قائم رکھنے کے لئے ایک مددگار کی ضرورت ہوتی ہے، مگر اس سے عنق اور دیوار ہائے مہبل کا منظر فرگسن کے منظار کی نسبت کم متغیر اور بہتر دکھائی دیتا ہے۔ اس منظار کو میتھی لیٹڈ سپرٹ میں ڈبونے اور اس سپرٹ کو جو اس کے ساتھ لگا رہ جاتا ہے جلانے سے بآسانی تعقیم کیا جا سکتا ہے۔

عملیتی مقاصد کے لئے منظاروں کے وہ اقسام مفید ہیں جو بذات خود اپنی جگہ قائم رہتے ہیں، مثلاً جیل کا مہبلی بازکش (Jayle's vaginal retractor) اور اووارڈ کا وزن دار منظار (Auvard's weighted speculum)، مگر معمولی سریری امتحان کو سرانجام دینے کے لئے یہ ناموزوں ہیں۔

رحمی مجس (Uterine Sound)۔ یہ مفید اوزار ایک سلائی ہے جو کہفۂ رحم میں داخل کرنے کے لئے خاص طور پر ایجاد کی گئی ہے (دیکھو شکل ۹۷)۔ یہ خم پذیر دھات سے

بنا ہوتا ہے تاکہ غیر طبعی حالات کے مطابق اسے خمیدہ کیا جا سکے۔ اس کے سرے سے ½ ۱ انچ کے فاصلہ پر ایک چھوٹی سی گرہ ہوتی ہے جو رحمی کہفہ کے طبعی طول کی نشاندہی کرتی ہے۔ اور گرہ کے بعد اس پر ایک ایک انچ کے فاصلہ پر نشان ہوتے ہیں۔ رحم میں داخل کرنے سے پیشتر مجسّہ کا جراحی نقطۂ نظر سے صاف ہونا ضروری ہے۔ پانی میں جوش دینے سے یا میتھی لیٹڈ سپرٹ میں ڈبو کر اس سپرٹ کو جلانے سے جو اس کے ساتھ لگ جاتا ہے اسے خاطر خواہ صاف کیا جا سکتا ہے۔



پیمانہ ۱/۴

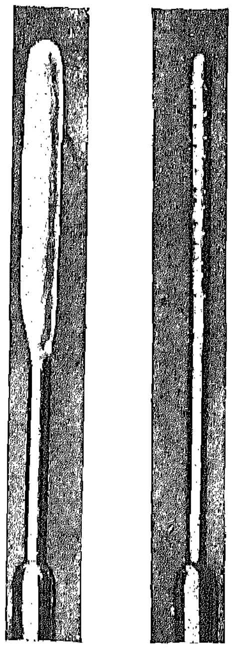
شکل ۹۔ رحمی مجسّہ۔

مجسّہ کے استعمال سے مندرجۂ ذیل امور معلوم ہو سکتے ہیں:۔ (۱) رحمی کہفہ کا رخ اور طول۔ (۲) کہفہ کا اتساع (تطول کے علاوہ)، یہ مجسّہ کو رحم میں داخل کر کے اس کے دستہ کو آہستہ سے اس طرح پھرانے سے معلوم کیا جاتا ہے کہ اس کا سرا ایک قوس بنا دے۔ (۳) رحمی دیواروں کا کھردرا پن اور ان کا نشیب و فراز۔ (۴) جسمی عنقی زاویہ کی چوڑائی کا اندازہ۔ (۵) رحم اور حوضی سلعہ کا تعلق، جبکہ قبل الذکر کی وضع اکیلے انگشتی امتحان سے معلوم نہ کی جا سکے۔ اگر مجسّہ کو باہر نکالنے پر اس پر خون کی لکیر موجود ہو تو اس سے کوئی غیر طبعی حالت ظاہر نہیں ہوتی لیکن اگر معتدبہ نزف واقع ہو تو یہ مرض، مثلاً سرطانِ رحم، کی امارت ہوتا ہے۔

عنقی قنال سے یہ اوزار عموماً احساسِ درد کے بغیر گذر جاتا ہے، لیکن اگر اس کا سرا قعر کے مخاطیہ کے ساتھ لگ جائے تو اکثر اوقات درد محسوس ہوتا ہے۔

مجسّہ (sound) کے استعمال میں متعدد خطرات ہیں جن کو ذہن نشین رکھنا ضروری ہے۔ اوّل اس اوزار کے عفونت زدہ ہونے سے یا اس کے ذریعہ سے مہبل یا عنق سے عفونتی مادہ کے کہفۂ رحم میں پہنچ جانے سے سرایت کا خدشہ ہوتا ہے۔ لہٰذا دیوار ہائے مہبل اور عنق کا باحتیاط ملاحظہ کئے بغیر مجسّہ کا ہرگز استعمال نہ کرنا چاہئے۔ عنق کے تمام قانئح اور بدبودار مواد ات اس کے استعمال کے موانع میں سے ہیں

ہیں نیز اگر ماہواری ایام بغیر حیض کے گذر گئے ہوں اور اس سے استقرار حمل کا امکان ظاہر ہوتا ہو تو مجس کے استعمال سے احتراز کرنا چاہئے۔ بعض حالتوں، مثلاً جسم رحم کے خبیث سلعات کی موجودگی، میں رحم کی دیواریں خستہ ہوتی ہیں، اور ان میں اس سے بآسانی سوراخ ہو جاتا ہے اور اس تثقب سے عفونتی التہاب باریطون (septic peritonitis) کے شدید خطرات لازمی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ عقیم مجس سے تندرست رحم میں اتفاقیہ سوراخ ہو چکا ہے، مگر اس سے کوئی نقصان نہیں پہنچا۔



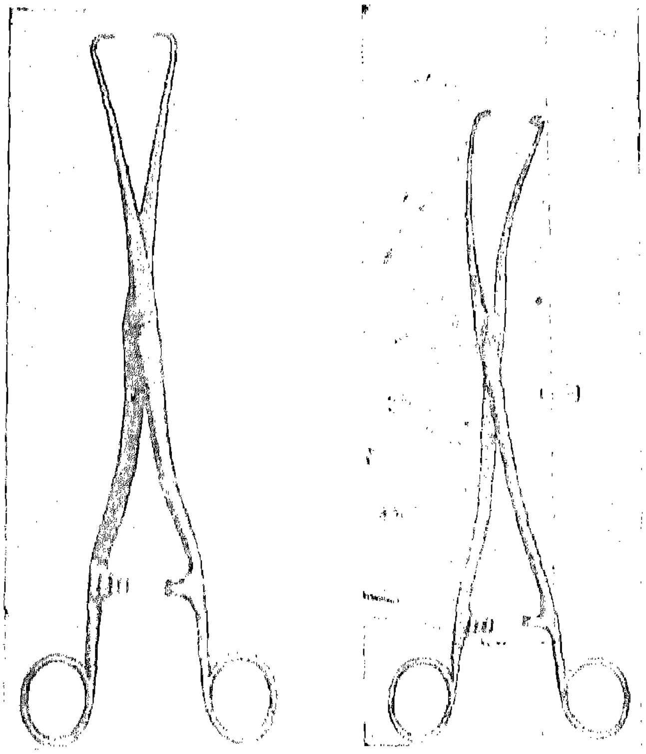
ب | ا

شکل ۹۸۔ پلے فیر کی سلائی۔
(ا) روئی سے غیر ملبوس۔ (ب) روئی سے ملبوس اور استعمال کیلئے تیار۔

مذکورۂ بالا خطرات سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ مجس (sound) کے استعمال کے لئے دافع عفونت احتیاطوں کی ضرورت ہے، جو محض عملیوں کے دوران میں یا معدم حس کے زیر اثر امتحانوں ہی میں بخوبی سر انجام دی جا سکتی ہیں۔ لہٰذا بیرونی مریضوں کے مطب میں یا مشورہ دینے کے کمرہ میں اس اوزار کے روزمرہ استعمال کی تائید نہیں کی جا سکتی۔ عقیم کردہ مجس کی دست ورزی اس طرح کرنا چاہئے کہ یہ عنق کے لبول سے نیچے تناسلی خطہ کے کسی حصہ سے بھی نہ چھونے پائے۔ پہلے عنق کو منظار کی مدد سے منکشف کر لینا چاہئے، اور اس کی سطح کو پلے فیر کی ملبوس سلائی (dressed Playfair's probe) (شکل ۹۸) سے صاف کر لینا چاہئے۔ اگر ریمی مواد دکھائی دیں تو اس اوزار کو ہرگز استعمال نہ کرنا چاہئے۔ خواہ مواد طبعی ہی کیوں نہ دکھائی دے، عنقی قنال کو آئیوڈین کی پھریری سے ضرور صاف کر لینا چاہئے۔ اور پھر عقیم کردہ مجس کو فم میں باحتیاط داخل کر کے قعر تک لیجانا چاہئے۔ اگر ممکن ہو تو پہلے جسم رحم کی وضع کی دو دستی امتحان سے تحقیق کر لینا چاہئے۔ مگر بعض حالتوں میں ایسا نہیں کیا جا سکتا، اور مجس کو استعمال کرنے کی ایک وجہ یہ بھی ہے کہ جسم رحم کے رخ کی تعیین

کی جائے۔

جو معلومات اس کے استعمال سے بہم پہنچتی ہیں ان میں سے بیشتر دو دستی امتحان سے



ب ا

شکل ۹۹۔ ا۔ متعدد دندانوں والا منتاش (ولسیلا)۔ ب۔ اکہرے دندانوں والا منتاش (ولسیلا)۔

140 بھی حاصل کیجا سکتی ہیں۔ اور مزاول فن موخر الذکر طریقہ میں جتنا زیادہ ماہر ہوگا مجسہ (sound) کے استعمال کی طرف وہ اتنا ہی کم رجوع کریگا۔

منتاش (Volsella) شکل (۹۹) لمبے دستہ اور تیز دندانوں والا چمٹا ہے جو عنق کی حرکت پذیری معلوم کرنے یا بعض مشکل حالتوں میں مجسہ کو بآسانی داخل کرنے کیلئے

عنق کو پکڑ کر نیچے کی طرف فرج تک کھینچ لینے کیلئے استعمال کیا جاتا ہے۔ تندرست صاحبِ ولادت عورتوں میں عنق اس حد تک کھینچی جا سکتی ہے کہ فمِ خارجی مدخلِ مہبل (introitus vaginæ) کے لبوں تک آجاتا ہے اور مریضہ کو زیادہ درد محسوس نہیں ہوتا۔ سقوطِ رحم میں بہت زیادہ حرکت پذیری موجود ہوتی ہے، اور التہابی حالتوں میں، یا رباطِ عریض کی تثبیت دررِیزش میں، یا سلعاتِ رحم کی موجودگی کی حالت میں ناقص حرکت پذیری مکمل تثبیت کی حد تک پائی جاتی ہے۔

مواد وں اور بافتوں وغیرہ کا امتحان

یہ ظاہر ہے کہ بعض نسائیاتی مریضوں کا مکمل سریری امتحان کرنے کے لئے اُن موادوں یا بافت کے ٹکڑوں کا جو نسیجیاتی تشخیص کے لئے حاصل کئے گئے ہوں خردبینی اور جراثومیاتی امتحان بھی ضروری ہوگا۔ اس کے لئے سب سے بہتر یہ ہے کہ یہ کام سریری معمل کے سپرد کردیا جائے، مگر ان نمونوں کو حاصل کرنے کے طریقوں کا ذکر کرنا ضروری ہے۔

جراثومیاتی امتحان کے لئے موادوں کو محتاط طریقوں سے حاصل کرنا چاہئے۔ مواد کا منبع معلوم کرنے کے بعد اسے حسبِ ضرورت معقم منظار کی مدد سے منکشف کرلیا جاتا ہے، اور پلاٹینم کے معقم تار سے مواد کا کچھ حصہ لیا جاتا ہے۔ اور اسکے فوراً بعد دو کاشتی نلیوں میں جن میں سے ایک اگر اگر (agar-agar) کی اور دوسری یخنی کے وسیط (broth medium) کی ہوتی ہے تلقیم کردی جاتی ہے، اور تھوڑا سا مواد آلودی تجہیز (smear preparation) بنانے کیلئے شیشہ کے تشریحچہ (glass slide) پر لے لیا جاتا ہے تاکہ اسکی تلوین کی جا سکے۔ یہ سب کچھ معمل میں تیار کرنے اور نتائج سے مطلع کرنے کے لئے ارسال کیا جا سکتا ہے۔ یہ ضروری ہے کہ کاشتی نلیاں اُسی وقت تیار کی جائیں کیونکہ کم تثبیت کے عضویئے جسم سے باہر نکالنے پر بہت جلد مرجاتے ہیں تاوقتیکہ ان کیلئے موزوں کاشتی وسیط بہم نہ پہنچایا جائے۔ حال ہی میں مہبل کے موادات میں ناہوا باش عضویات کی موجودگی پر بہت زور دیا گیا ہے۔

جراثومیاتی تحقیقات کے لئے کہفہ رحم میں سے پلاٹینم کے حلقہ کے ذریعہ سے مواد حاصل کرنا غیر ممکن ہے، اور اس کے لئے ایک خاص طریقہ کی ضرورت ہے۔ مریضہ کو سمس کی نیم مکبوب وضع (Sims's semi-prone position) میں لٹا دیا جاتا ہے، اور سمس کا منظار

داخل کرنے کے بعد عنق کا متقدم لب ایک فناش (volsella) سے پکڑ لیا جاتا ہے۔ اسکے بعد
عنق اور اس کی قنال کی تعقیم کسی دافع عفونت محلول مثلاً ٹنکچر آئیوڈائی کے لگانے سے کر دیجاتی ہے'
اور اگر یہ قنال کافی حد تک متسع ہو تو شیشہ کی ایک نلی ایک انچ تک اس میں داخل کر دیجاتی ہے۔ عقیم
روئی کا ایک پھارا (swab) ایک دستہ پر لگا کر اس نلی میں سے براہ راست کہفۂ رحم میں گذار دیا جاتا ہے۔
اس پھارے سے فوراً کاشتیں اور فلم بنا لئے جائیں' یا اسے شیشہ کی ایک نلی میں بند کر کے سیدھا امراضیاتی
معمل میں بھیج دیا جائے۔ یہ ضرور ماننا پڑیگا کہ دورانِ مزاولتِ فن میں عنقی نلی کا استعمال نہیں
کیا جاتا' لیکن چونکہ قنالِ عنق کی مکمل تعقیم تقریباً غیر ممکن ہے اس لئے اس نلی کا استعمال ایک دانشمندانہ 141
احتیاط ہے۔ تحقیقات کے لئے کہفۂ رحم میں سے سیال حاصل کرنے کا ایک اور طریقہ ڈوڈرلین
(Döderlein) یا سیوال (Sival) کی شیشہ کی نلی کا استعمال ہے جس کا قطر بہ تنگ
ہوتا ہے اور جو رحمی مجسّہ (uterine sound) کی طرح خمیدہ ہوتی ہے۔ اس نلی میں افراز
شعری کشش کی وجہ سے داخل ہو جاتا ہے' اور اس کا منہ بند کر کے اسے ماہر جرثومیات کے
پاس بھیج دیا جاتا ہے۔

باقات کے ٹکڑوں مثلاً کھرچنوں (curettings) کو فوراً ۵ فیصدی فارمیلین
(formalin) یا الکحل میں رکھ دیا جائے۔ اس محلول میں یہ دو تین دن خراب ہونے کے
بغیر رہ سکتی ہیں۔ حرف (curettage) کی حالت میں تمام کھرچنوں کو معمل میں بھیج دینا چاہئے'
لیکن اس امر کے متعلق احتیاط کرنا چاہئے کہ ان کو نمک کے طبعی محلول سے دھو کر جتنا خون علیحدہ
کیا جا سکے علیحدہ کر دیا جائے۔

خون کا امتحان۔ سرائتی اور التہابی حالتوں میں تشخیصی مقاصد کے لئے خون کا
مکمل تفریقی شمار اکثر بہت مفید ہوتا ہے۔ عفونت الدم (septicæmia) میں سرائتی عضویے
خون سے حاصل کئے جا سکتے ہیں۔ لیکن اگر کاشت پر یہ پیدا نہ ہوں تو اس سے نظامی سرائت
مستثنیٰ قرار نہیں دیجا سکتی۔ خون میں صرف قبل از موت ہی عضویے بہت بڑی تعداد میں
موجود ہوتے ہیں۔ مزید برآں خاص خاص صورتوں میں نوعی تعاملات خون کی ضرورت ہوتی
ہے' مثلاً آتشک کے لئے واسرمین کے امتحان کی' یا سوزاک کے لئے متمم تثبیتی امتحان
(complement fixation test) کی' یا مرضِ کیسہ (hydatid disease) کیلئے
ترسیبی امتحان (precipitation test) کی۔

بولی نظام کا امتحان

ماہر امراض النّسا کے مشاہدہ سے اکثر ایسی حالتیں مثلاً نتوّل کے وظیفی اختلالات، التہابِ مثانہ (cystitis)، التہابِ حوضِ گردہ (pyelitis)، مثانہ میں خارجی اجسام کا وجود، سقوطِ مثانہ، ناسورِ مثانہ (vesical fistula) گزرتی ہیں، اور ان کے ساتھ تناسلی قنال کے ضررات اکثر موجود ہوتے ہیں۔ ان حالتوں کی تحقیق کرنے کے لئے سریری طریقوں مثلاً مثانہ بینی (cystoscopy) اور حالبین میں فاساطیر گذارنے کی ضرورت ہوتی ہے، مگر ان کے مفصل بیان کے لئے دوسری کتابوں کو دیکھنا چاہئے۔

پیشاب کے جرثومیاتی امتحان کی ضرورت اکثر یہ دیکھنے کے لئے ہوتی ہے کہ آیا بولی خطہ کے بالائی حصّہ میں سرایتی حالتیں مثلاً التہابِ حوضِ گردہ موجود ہیں یا نہیں۔ اس کام کیلئے جو نمونہ امتحان کیلئے لیا جائے اُسے خاص احتیاط سے حاصل کرنا چاہئے۔ ایک بوتل اور ایک کاگ، اور ایک فاساطیر کو دس منٹ تک جوش دینا چاہئے تاکہ وہ بالکل عقیم ہو جائیں۔ پھر صاف ہاتھوں سے شفرتین کو علیحدہ کر کے دہلیز اور بولی دہنہ کو پھاروں سے کسی دافعِ عفونت محلول مثلاً ۱ ـــ ...۳ بن آیوڈائیڈ آف مرکری (biniodide of mercury) سے صاف کیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک پھارے کو اس محلول میں تر کر کے بولی قنال کے صرف ابتدائی حصّہ ہی میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ پھر فاساطیر منفذ بول میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ اور پیشاب ایک عقیم بوتل میں براہِ راست جمع کر لیا جاتا ہے جو عقیم کاگ کے ساتھ فوراً بند کر دی جاتی ہے۔ انجام کار اسے محفوظ کر کے معمل میں بھیج دیا جاتا ہے۔

شعاع نگاری

(RADIOGRAPHY)

نسائیات میں مریضوں کا امتحان کرنے کیلئے شعاع نگاری کے طریقوں کا استعمال بالعموم نہیں کیا جاتا، کیونکہ اعضائے حوض تک قاعدۃً تحقیقات کے زیادہ بلاواسطہ طریقوں ہی سے

بآسانی رسائی ہو سکتی ہے۔ اس طریقۂ تشخیص کا جدید ترین استعمال فلوپی نلیوں کا انفتاح معلوم کرنے کیلئے کیا جاتا ہے۔ جب درون شکمی مرض کی تشخیص کیلئے استرواح باریطون (pneumo-peritoneum) اول اول رائج ہؤا تو گیس کو باریطونی تاجیہ میں پہنچانے کا یہ طریقہ تھا کہ اس کو دباؤ کے زیر اثر رحم اور فلوپی نلیوں کے راستہ سے داخل کیا جاتا تھا۔ اس سے یہ بات 142
بھی فوراً ظاہر ہو گئی کہ اسی طریقہ کو ایک طرف تو فلوپی نلیوں کے انفتاح کا اور دوسری طرف انکی مسدودیت کا مظاہرہ کرنے کے لئے بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔ اس طریقہ کی مدد سے معتد بہ تحقیقات کی جا چکی ہے' اور اب اس کی اہمیت بطور طریقۂ تشخیص بخوبی تسلیم کی جا چکی ہے۔ جس ترکیب سے انبوبی نفوخ (tubal insufflation) کیا جاتا ہے اس کا بیان کسی آئندہ باب میں دیا گیا ہے (دیکھو عقم صفحات 206 و 208)۔

کہفۂ رحم میں ہوا یا کاربن ڈائی آکسائیڈ کی بجائے ایسے محلولات کا اشراب کیا جا چکا ہے جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہیں' جیسا کہ "لپائیوڈال" (lipiodol) کا محلول۔ اس کے بعد حوض کی شعاع نگاری کی جاتی ہے تاکہ یہ معلوم ہو جائے کہ آیا یہ مادہ کسی ایک نل میں یا دونوں نلیوں میں اٹک کر رہ گیا ہے' جس سے شکمی دہنہ کی مسدودیت ظاہر ہو گی' یا یہ نلیوں میں سے بغیر کسی رکاوٹ کے گزر کر حوض میں منتشر ہو گیا ہے' یا نیچے جا کر ڈگلس کی جیب کے فرش پر بیٹھ گیا ہے۔ اس امر کا دعویٰ بھی کیا جاتا ہے کہ اس طریقہ سے نہ صرف تسدد کا وجود ہی شناخت کیا جا سکتا ہے (شکل ۱۰۰) بلکہ اس کا صحیح صحیح محل وقوع بھی معلوم کیا جا سکتا ہے۔ یہ طریقہ اس نقطۂ نظر سے گو یقینی طور پر مفید ثابت ہوتا ہے لیکن صرف اداری مطب ہی کے لئے موزوں ہے۔ مزید برآں یہ خیال بھی حال ہی میں پیش کیا گیا ہے کہ فلوپی نل میں مادۂ غریبہ کا اشراب خطرہ سے خالی نہیں' اور ممکن ہے کہ اس سے سخت الحاد النہائی ضررات پیدا ہو جائیں' جن کے باروری (fertility) میں خلل انداز ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ گیسی نفوخ کی مدد سے صرف اتنا معلوم ہو سکتا ہے کہ آیا نلیاں منفتح ہیں یا نہیں۔ اور جو کچھ معلوم کرنا ضروری ہوتا ہے وہ بھی صرف اتنا ہی ہے۔ یہ طریقہ علاوہ اسکے کہ اس کا استعمال عام طور پر کیا جا سکتا ہے کافی آسان اور معتبر بھی ہے' اور اس لئے اس کا شمار تشخیص کے مسلمہ طریقوں میں کرنا چاہئے۔

زنانہ اعضائے حوض کے امراض میں شعاع نگاری (radiography) کا دوسرا استعمال یہ ہے کہ اس سے رحم اور مثانہ میں داخل کئے ہوئے اجسام غریبہ معلوم کئے جا سکتے ہیں'

اور دویری متحوطی سلعہ (cystic teratoma) جس میں دانت یا ہڈیاں ہوتی ہیں' اور رحم کے لیفی عضلی سلعات (fibro-myomata)' اور حالب اور مثانہ کے حصیات (calculi) کی تحقیقات کی جاسکتی ہے' اور کبھی کبھی متحجر جنین (lithopædion) کی تشخیص میں بھی اس سے مدد لی جاسکتی ہے۔

اگر حالب کے ممر میں حصیات دکھائی دیں تو ان کو وریدی حصیات (phleboliths) یا تکلس یافتہ لمفی غدد سے خلط ملط نہ کرنا چاہیئے' اور بعض مثالوں میں تکمیلِ تشخیص کے لئے رحم میں فاساطیر کا گذارنا یا "یوروسی لیکٹان" (uroselectan) کے ذریعہ سے حالبین کی شعاع نگاری کرنا ضروری ہوتا ہے۔

حصّہ دوم

عمومی امراضِ النسا

144

حصّہ دوم ۔ باب اول

نمو کے فتورات

تشوّہات

(MALFORMATIONS)

بحث اسباب ۔ زنانہ تناسلی اعضا کے تشوہات کی زیادہ تعداد خلقی یعنی قبل الولادت ہے ۔ ان میں سے بعض کا تعلق حمل کے ابتدائی مہینوں سے ہوتا ہے، جیسا کہ کاذب خنثیت (pseudohermaphroditism) اور رحم اور مہبل کے تضاعف کا۔ اور بعض غالباً بہت دیر کے بعد نمودار ہوتے ہیں، مثلاً فرج کی مسدودیت کے مختلف اقسام ۔ دیگر تشوہات بعد الولادت ہیں، اور نمو کے طبعی تغیرات کے جو دوران طفولیت اور سن بلوغ میں واقع ہوتے ہیں غیر مکمل رہ جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ انکی مثالیں تغیبی رحم (uterus infantilis) اور بلوغی رحم (uterus pubescence) میں پائی جاتی ہیں، جن میں جنینی اوصاف ممیزہ کی تبدیلی بلوغی اوصاف ممیزہ میں غیر مکمل رہ جاتی ہے۔ نقائص نمو اکثر اوقات متعدد ہوتے ہیں اور مختلف نظامات اور ایک ہی نظام کے مختلف حصوں پر اثر انداز ہوتے ہیں ۔

جو سببی امور تشوہات کی پیدائش سے تعلق رکھتے ہیں ان کے متعلق ہمیں کچھ علم نہیں ۔ حال ہی کے تجربات سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ بیضہ کے نمو کا عمل "فی الزجاجیہ" (in vitro) تغذیہ کے اختلالات اور خفیف فرہتی اثرات سے ایک بہت بڑی حد تک تبدیل ہو جاتا ہے ۔ چنانچہ مینڈکوں کے بیضوں کو مختلف دھاتوں مثلاً لیتھیم، سٹرانشیم اور کیلسیم کے نمکوں کے بہت

رقیق ارتکازات میں رکھنے سے شوکہ مشقوقہ (spina bifida) اور عدم دماغی (anencephalus) وغیرہ کے سے بڑے بڑے تشوہات کا پیدا کرنا ممکن ہے۔ لہٰذا قدرتی افرازات مثلاً رحم کے افراز کا جو اثر انسانی بیضہ پر نمو سے قبل ہوتا ہے وہ دلچسپی سے خالی نہیں، اور اس سے اس قدیم نظریہ کی ازسرنو تائید ہوتی ہے کہ "ناتندرست درون رحم" نہ صرف اسقاط ہی کا باعث ہو سکتا ہے، بلکہ بعض خلقی تشوہات کا موجب بھی ہو سکتا ہے۔ طبعی نمو کے دوران میں ایسی حالتوں کے عمل میں آنے کے متعلق کوئی بلاواسطہ ثبوت حاصل کرنا اگرچہ ناممکن نہیں لیکن مشکل ضرور ہے پھر بھی مشاہدات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ وراثت اور والدینی آتشک ہی محض ایسی کیفیتیں ہیں جن سے اس قسم کے غیر مساعد اثرات جائز طور پر منسوب کئے جا سکتے ہیں جن سے نمو متاثر ہوتا ہے۔ موخر الذکر کا مشہور و معروف اثر جس سے قبل الولادت موت واقع ہوتی ہے اس امر کی سب سے بڑی دلیل ہے کہ نمو کے طبعی طور سے منحرف ہو جانے کا ممکن سبب آتشک ہی ہے۔

رحم، مہبل اور فرج کے تشوہات

رحم دو طرفی قناتوں کے وسطی حصہ سے جن کے باہمی اتحاد سے ایک نلی طیار ہوتی ہے نمو پاتا ہے۔ اسی طرح مہبل بھی انہی قناتوں کے زیریں یا ذنبی حصوں سے طیار ہوتی ہے۔ تشوہات کی زیادہ تعداد کسی نہ کسی درجہ پر طبعی عمل اتحاد کے رک جانے سے رونما ہوتی ہے جس سے ایک مابینی ترتیب دائمی طور پر باقی رہ جاتی ہے۔ بعض اوقات اس قسم کی رکاوٹ سے طرفی قناتوں کے تمام رحمی اور مہبلی قطعے متاثر ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات اس کا اثر ان کے ایک حصہ تک ہی محدود رہتا ہے۔ علاوہ ازیں دونوں طرفوں میں غیر مساوی نمو بھی واقع ہو سکتا ہے۔
145 ایک طرف کا نشو و نما نامکمل رہ جاتا ہے، اور دوسری طرف پہلی طرف کی مکمل شراکت کے بغیر بھی اپنے نشو و نما کے طبعی عمل کو حتی الامکان جاری رکھتی ہے۔ تشوہات کی ایک عام ترین مثال یہ ہے کہ دوران نمو میں ایک اہم جزو نامکمل رہ جاتا ہے، یعنی دونوں قناتوں میں اتحاد واقع نہیں ہوتا، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سالم رحم اور مہبل، یا ان کے کچھ حصے مضاعف ہو جاتے ہیں۔

مستزاد رحم (Accessory Uterus)۔ یہ نقص نادر الوقوع ہے، اور دوسرے رحم (مضاعف جسم) کی موجودگی پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ ضمیمے (adnexa) یا مہبل نہیں ہوتی

اور اس لحاظ سے یہ متضاعف رحم کے متذکرۂ ذیل مختلف اقسام سے تمیز کیا جاتا ہے۔

رحم کا عدم وجود اور ناقص نمو۔ رحم کا مکمل عدم وجود اگر کبھی پایا بھی جاتا ہے تو نہایت نادر الوقوع ہے۔ اس کے جو واقعات درج کئے گئے ہیں وہ غالباً کاذب خنثیت کی مثالیں ہیں، (دیکھو ہیچے)۔ نمو کا نمایاں ترین نقص ناقص النمو رحم (uterus rudimentarius) کے نام سے موسوم ہے، جو عضلی اور لیفی بافت سے مرکب ہوتا ہے، اور جس کا جسم یا تو ٹھوس ہوتا ہے اور یا اس میں ایک بہت غیر مکمل قنال ہوتی ہے بعض اوقات رحم میں ایسے خواص باقی رہ جاتے ہیں جو بوقت پیدائش طبعی ہوتے ہیں، بالفاظ دیگر رحم کا نموز مانۂ شیر خوارگی میں ترقی نہیں کرتا۔ جنینی رحم (uterus foetalis) یا رضیعی رحم (uterus infantilis)۔ اس قسم میں عنق رحم جسم رحم کے مقابلہ میں زیادہ لمبی اور زیادہ موٹی اور تقریباً مخروطی ہوتی ہے۔ اس عضو کا تمام طول اندازاً ۱ انچ ہوتا ہے، اور جسم اور عنق کی غشائے مخاطی مستعرضاً شکن دار ہوتی ہے۔ نیز قلولی نلیاں اور مبیض بھی عموماً ناقص النمو ہوتی ہیں بعض اوقات اس کا نمو سن بلوغ کے طبعی تغیرات کے نمودار ہونے سے قبل ہی رک جاتا ہے، جس سے بلوغی رحم (uterus pubescens) پیدا ہوتا ہے۔ اس قسم میں جسم اور عنق کا طول تقریباً مساوی ہوتا ہے، اور تمام عضو جسامت میں چھوٹا ہوتا ہے۔ نلیاں اور مبیض بھی عام طور پر اس نقص میں شریک ہوتی ہیں۔

نمو رحم کے سابق الذکر نقائص عمل حیض کے کم و بیش مکمل فقدان کا باعث ہوتے ہیں۔ بلوغی رحم کے موجود ہونے کی حالت میں حیض بعض اوقات قلیل مقدار میں اور بے قاعدہ طور پر آتا ہے۔ ناقص نمو کے دوسرے دونوں شدید تر اقسام میں مطلق بے طمثیت پائی جاتی ہے۔ جن عورتوں میں یہ نقائص موجود ہوتے ہیں ان کی حالت دیگر لحاظات سے طبعی ہوتی ہے، اور وہ اکثر اوقات شادی بھی کر لیتی ہیں۔ ان کی تشخیص معدم حس کے زیر اثر معتاداً امتحان کرنے سے کی جا سکتی ہے جبکہ رحم کی چھوٹی جسامت دو دستی امتحان اور مجسہ (sound) کے ذریعہ سے معلوم کی جا سکتی ہے۔ یہ امر یاد رکھنا چاہیئے کہ ان حالتوں میں بعض اوقات عنق پوری جسامت کی معلوم ہوتی ہے لیکن خاص توجہ جسم رحم ہی کی طرف کرنا چاہیئے۔

عنق کا کم تکون اور بے انثقابی (Hypoplasia and Atresia of the Cervix)

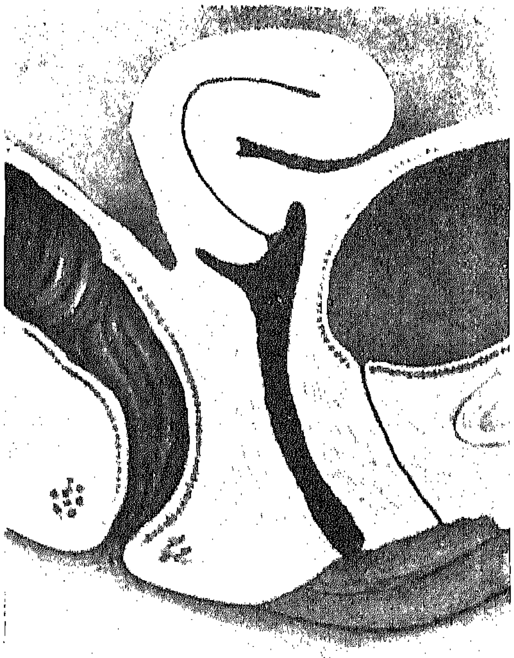
اس حالت میں قنالِ عنق بعض اوقات بالکل پیدا نہیں ہوتی، اور عنق کی جگہ لیفی اور عضلی بافت کا ایک ٹھوس کُندہ موجود ہوتا ہے۔ جزوی اقسام زیادہ عام ہیں جن میں قنال صرف ایک ہی مقام پر مسدود ہوتی ہے، اور ایسی بدشکلی کا عام ترین محلِ وقوع تنگ نائے (isthmus) ہے۔ بعض اوقات جزوی بے انثقابی کی حالت میں ایک قنال موجود ہوتی ہے جس میں ایک باریک سلائی داخل ہو سکتی ہے۔

یہ حالتیں سریری نقطۂ نظر سے اہم ہیں کیونکہ ان سے رحمی اجتماع الدم (hæmatometra) اور انبوبی اجتماع الدم (hæmatosalpinx) پیدا ہوتے ہیں۔ لہٰذا ایسی بدشکلی کی اصلاح کرنے کی ضرور کوشش کرنا چاہئے۔ اور اس کے لئے زیادہ پسندیدہ طریقہ تشکیلی عملیہ ہی ہے، جس میں مثانہ کو اچھی طرح سے علیحدہ کرنے کے بعد تنگ نائے کو سامنے لے آتے ہیں۔ پھر کہفۂ رحم کو مقام تسدّد کے اوپر کھول دیا جاتا ہے، اور مہبل کو اس کے نیچے سے۔ بعدازاں اُس ساخت کا جو ان کے درمیان حائل ہوتی ہے استیصال کر دیا جاتا ہے، اور رحم کی غشائے مخاطی مہبل کی غشائے مخاطی سے ملا دی جاتی ہے۔ اس عملیہ کا بدل یہ ہے کہ بہ صیانت مبیضین رحم کا استیصال کر دیا جائے۔

بے انثقابیٔ عنق کی ایک قلیل الاہمیت قسم وہ ہے جو سوزنی فمِ رحم معہ عنق مخروطی (pin-hole os with conical cervix) کے نام سے تعبیر کی جاتی ہے۔ ان حالتوں میں عنق کا مہبلی حصہ اسطوانہ نما ہونے کی بجائے اپنی طبعی جسامت سے چھوٹا ہوتا ہے، اور معکوس
146 مخروط کی شکل کا ہوتا ہے، اور فمِ خارجی زاویۂ راس پر واقع ہوتا ہے۔ عنق کی یہ حالت پیش خمیدہ جسم اور اسکی زیر طبعی جسامت کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ سریری طور پر عسر الطمث (dysmenorrhœa) اور عقم (sterility) ایسے مریضوں میں اکثر پائے جاتے ہیں۔ عنق کی غیر طبعی شکل اور جسامت کی بلاواسطہ اہمیت کم ہے، مگر یہ حالتیں اس امر پر دلالت کرتی ہیں کہ رحم کے ناقص نمو کی ایک عمومی حالت موجود ہے۔

ان حالتوں میں، اور نیز ایسی مثالوں میں بھی جن میں عنق کا مہبلی حصہ دوسرے لحاظات سے طبعی ہوتا ہے، فمِ خارجی قاعدۃً غیر طبعی طور پر چھوٹا ہوتا ہے۔ اس فم کی جو غیر طبعی طور پر صغیر الجسامت ہوتا ہے شکل گول ہوتی ہے، اور اکثر اوقات اسے "سوزنی فمِ رحم" (pin-hole os)

کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اگرچہ اسکی جسامت پن چبھن (pin-prick) سے بڑی ہوتی ہے، لیکن مجسّہ رحم (uterine sound) کا سرا داخل کرنے کیلیے بہت چھوٹی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی فم داخلی بھی غیر طبعی طور پر چھوٹا ہوتا ہے، مگر مجسّۂ رحم کا سرا اس میں سے قاعدۃً بآسانی گذر جاتا ہے گو بعض اوقات معتدبہ دقت بھی پیش آتی ہے، اور عنق اسے مضبوطی سے پکڑ لیتی ہے۔



شکل ۱۰۱۔ صغیر الجسامت خمیدہ رحم (small flexed uterus) (حلزونہ نما رحم (cochleate uterus: کی سی نمائش۔ صغیر الجسامت ناقص النمو عنق جسم رحم پر حاد طور پر خمیدہ ہے، جو خود بھی صغیر الجسامت ہے۔ فم خارجی کا رخ آگے کی طرف کو مثانہ کے قاعدہ کی طرف ہے۔

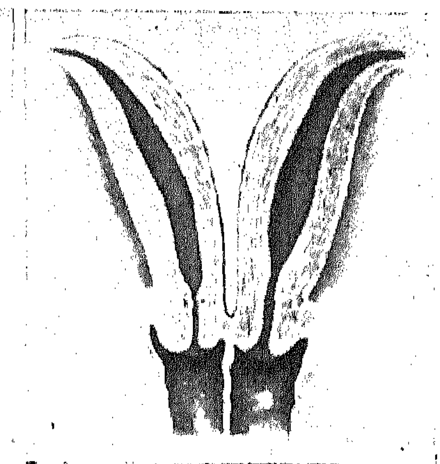
رحم کی ناقص التکون حالتوں کے ساتھ جسم رحم کی یا عنق کی یا دونوں کی خمیدگی بالعموم پائی جاتی ہے۔ یہ بدشکلی عموماً عنق کی حاد پیش خمیدگی کی شکل میں موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی عنق کا مقدم لب ناقص النمو ہوتا ہے۔ یہ تشوہ (malformation) "حلزونہ نما رحم" (cochleate uterus) کے نام سے موسوم ہے، مگر اس کا بہتر نام شائد "صغیر الجسامت خمیدہ رحم" (small flexed uterus) ہوگا (شکل ۱۰۱)۔ عنق کی جسامت ہمیشہ چھوٹی ہوتی ہے، اور یہ آگے کی طرف کو حاد طور پر خمیدہ ہوتی ہے اور تقریباً اسطوانہ نما ہونے کی بجائے کم و بیش تکیلی یا مخروطی ہوتی ہے۔ فم خارجی کی جسامت بھی طبعی جسامت سے چھوٹی ہوتی ہے۔ اس حالت کو بھی

جس میں رحم چھوٹا ہوتا ہے مگر خمیدہ نہیں ہوتا رحم کے کم تکوّن (hypoplasia) کی ایک خفیف شکل ضرور تصور کرنا چاہیئے۔ یہ اکثر پس گردیدہ ہوتا ہے اور "مہبلی حصّہ" (portio) چھوٹا ہوتا ہے، مگر اس کے دوسرے خواص طبعی ہوتے ہیں، اور مہبلی قبو سے نسبتہً وسیع اور فراخ ہونے کی بجائے تنگ اور دبے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس قسم کے رحم بعض اوقات اُن عورتوں میں پائے جاتے ہیں جنکی صحت بہت اچھی ہوتی ہے اور جو جسمانی ورزش کی شائق ہوتی ہیں۔ رحم کے کم تکوّن اور اسکی بے انثقابی سے تعلق رکھنے والے چھوٹے چھوٹے نقائص سریری طور پر اہم ہیں، کیونکہ ان کے ساتھ حیضی درد اور عقم جیسے فعلی فتورات اکثر پائے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 183 و 204)۔

147 **تضاعفِ رحم** (Duplication of the Uterus)۔ متضاعف رحم کی ہمیں چھ قسمیں معلوم ہیں جو اشکال ۱۰۲ تا ۱۰۷ میں ظاہر کی گئی ہیں۔ بعض اوقات ہر ایک ملری قنات دوسری سے کسی قسم کا تعلق رکھنے کے بغیر نشوونما پاتی ہے، اور اپنی رفیق نلی سے علیحدہ رہتی ہے اور ان میں اتحاد بالکل واقع نہیں ہوتا۔ اس بے قاعدگی سے دو رحم پیدا ہو جاتے ہیں جن کا سوائے عنقی مہبلی مقام اتصال کے آپس میں اور کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ یہ حالت رحم مضاعف (uterus didelphys) کے نام سے موسوم کی گئی ہے (دیکھو شکل ۱۰۲)۔ ایسی حالتوں میں مہبل میں بھی دو علیحدہ علیحدہ قنالیں ہوتی ہیں جو ایک دوسرے سے ایک وسطی فاصل کے ذریعہ سے جدا ہوتی ہیں، اور ہر ایک میں ایک ایک طبعی عنق اور ایک ایک فم خارجی پایا جاتا ہے۔ فرج ایک ہی ہوتی ہے، اور پردۂ بکارت بھی قاعدۃً ایک ہی ہوتا ہے۔ دونوں رحموں کے درمیان جو درز باقی رہ جاتی ہے اس میں سے اکثر باریطون کا ایک دہراؤ گذرتا ہے جو مثانی مستقیمی رباط (vesico-rectal ligament) کے نام سے موسوم ہے۔ رحم مضاعف (uterus didelphys) کے ایک واقعہ کا اندراج کیا جا چکا ہے جس میں ہر ایک رحم دوجانبی اربی فتق (bilateral inguinal hernia) کے کیسہ میں داخل ہو گیا تھا۔ کسی ایک طرف کی عنق یا مہبل کے کسی حصّہ میں کبھی کبھی بے انثقابی (atresia) پائی جاتی ہے۔ ہر نصف تقریبًا اسطوانہ نما ہوتا ہے، اور باقاعدہ طور پر نمو یافتہ عضو کی ناشپاتی نما مخصوص شکل دونوں قناتوں کے اتحاد کا نتیجہ ہوتی ہے۔

بعض حالتوں میں ملری قناتوں کے رحمی حصوں کے بالائی حصّے علیحدہ علیحدہ رہتے ہیں،

اور زیریں حصّے نامکمل طور پر متحد ہو جاتے ہیں جس سے متقابل کی دیواریں مل جاتی ہیں، اور ان کے درونے ایک دوسرے سے علیٰحدہ رہتے ہیں۔ عنق محض ایک ہی ہوتی ہے، لیکن ایک وسطی فاصل کے



شکل ۱۰۲۔ رحم مضاعف (uterus didelphys)۔ دو رحم بنجاتے ہیں جو ایک دوسرے سے ایک گہری تجویف سے علیٰحدہ ہوتے ہیں جو نیچے کی طرف عنقی مہبلی مقام اتصال تک چلی جاتی ہے۔ دو واضح مہبلی قنالیں موجود ہوتی ہیں جن میں سے ہر ایک میں ایک ایک مکمل عنق موجود ہوتی ہے۔



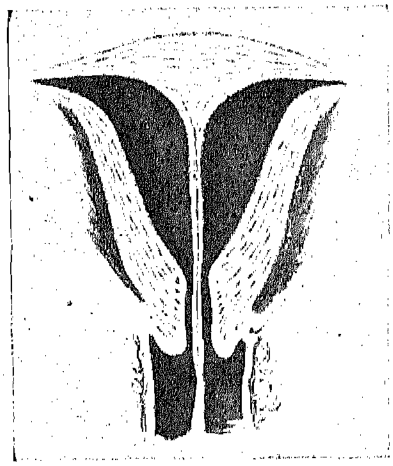
شکل ۱۰۳۔ دو قرنی دو عنقی رحم (uterus bicornis bicollis)۔ عنق اور جسم رحم کے زیریں حصّہ میں اتحاد واقع ہو چکا ہے، لیکن یہ غیر مکمل ہے کیونکہ ان کے درونے واضح ہیں۔ مہبل ایک وسطی فاصل کے ذریعہ سے دو حصوں میں منقسم ہے جو اوپر کی طرف عنق کے اندر تک چلا گیا ہے

ذریعہ سے دو حصوں پر منقسم ہوتی ہے، مزید برآں مہبل بھی بالعموم متضاعف ہوتی ہے۔ اس قسم کو دو قرنی دو عنقی رحم (uterus bicornis bicollis) کہا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۰۳)۔ اور اس کا عمومی خاکہ رحم مضاعف (uterus didelphys) سے زیادہ تر اس لحاظ سے مختلف ہوتا ہے کہ اس کے دونوں نصفوں کے درمیان کی درز کم گہری ہوتی ہے۔ بعض اوقات طرفی قناتوں کے زیریں حصوں کا اتحاد اور آگے بڑھ جاتا ہے، اور ایک غیر منقسم عنق اور مہبل بنجاتی ہے

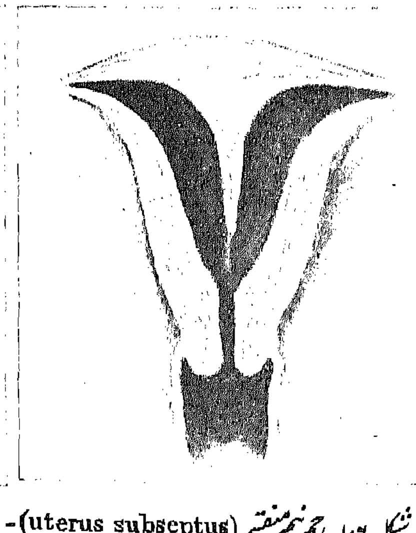
148



شکل ۱۰۴۔ دو قرنی یک عنقی رحم (uterus bicornis unicollis)۔ کہفۂ رحم دوہرا ہے۔ اور عنق اور مہبل میں صرف ایک ہی کہفہ ہے۔ رحم کے زیریں نصف میں اتحاد مکمل ہو گیا ہے۔



شکل ۱۰۵۔ رحم منقسم (uterus septus)۔ اتحاد ہر جگہ غیر مکمل ہے لیکن رحم کی ظاہری بناوٹ طبعی ہے۔ اس کا کہفہ ایک وسطی فاصل سے منقسم ہو گیا ہے جو مہبل میں چلا آتا ہے۔



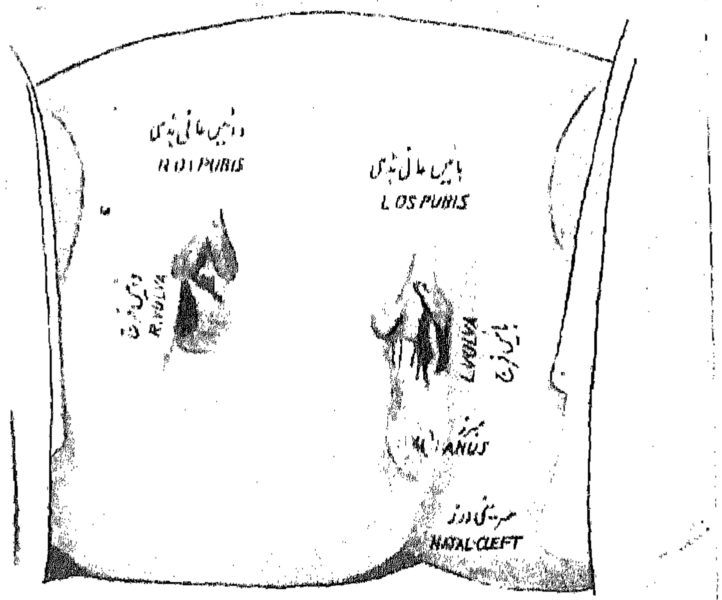
شکل ۱۰۶۔ رحم نیم منقسم (uterus subseptus)۔ اس میں اور شکل ۱۰۵ میں صرف اتنا فرق ہے کہ اس میں فاصل فم داخلی کے لیول سے اوپر ختم ہو گیا ہے۔ عنق اور مہبل اکیلا ایک ہیں۔



شکل ۱۰۷۔ یک قرنی رحم (uterus unicornis) جس کے ساتھ دوسرا ناقص النمو قرن بھی موجود ہے۔

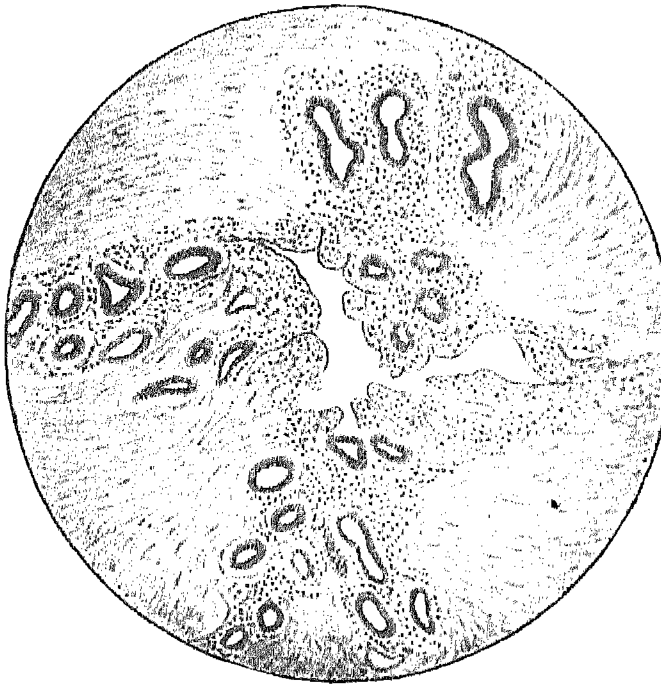
اور جسم رحم، فم و داخلی کے لبول سمیت اوپر تک متضاعف ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں زہلی امتحان کرنے پر عنق اور فم بالکل طبعی معلوم ہوتے ہیں۔ رحمی جسموں کی درمیانی درز شاذ و نادر ہی اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ وہ دستی امتحان میں اس کی طرف توجہ مبذول ہو سکے۔ تاہم بعض اوقات مجس کے استعمال سے دو منفرج کہفے شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ یہ قسم دو قرنی یک عنقی رحم (uterus bicornis unicollis) کے نام سے تعبیر کی جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۰۴)۔

149



شکل ۱۰۸۔ اعضائے تناسل کا تضاعف۔ (جیل اور پیٹرسن۔)

دوسری قسموں میں اتحاد اس حد تک پہنچ جاتا ہے کہ ایک واحد عضو بن جاتا ہے جس کی شکل رحم کی معیاری شکل کی طرح ناشپاتی نما ہوتی ہے، لیکن درونی ایک وسطی فاصل کے ذریعہ سے مکمل یا جزوی طور پر ایک دوسرے سے علیحدہ رہتے ہیں۔ ان کو رحم منقسم (uterus septus) اور رحم نیم منقسم (uterus subseptus) کے ناموں سے موسوم کیا گیا ہے (دیکھو شکل ۱۰۵ و ۱۰۶)۔ قبل الذکر قسم میں فاصل قعر سے لے کر فم خارجی تک چلا جاتا ہے۔



شکل ۱۰۹۔ یک قرنی رحم (uterus unicornis) کی دیوار میں سے مستعرض تراش۔
یہ تراش عضلۂ رحم کی ایک موٹی تہ کو ظاہر کرتی ہے جس میں مخاطیہ گہرا نفوذ کر گیا ہے۔
اس حالت میں صرف ایک طرفی قنات نمویاب ہوئی ہے، اور زائد قرن موجود نہیں تھا۔

150 اور بعض اوقات مہبل میں بھی پہنچ جاتا ہے۔ موخر الذکر میں یہ قسم داخلی کے پیول پر یا اُس کے قریب ہی ختم ہو جاتا ہے۔ عنق اور مہبل محض ایک ایک ہی ہوتی ہے۔ ان حالتوں میں جسم رحم کی شکل میں کوئی ایسی چیز نہیں ہوتی جو مذکورہ غیر طبعی حالتوں کی طرف توجہ دلائے۔

اخیر میں یہ ممکن ہے کہ ایک طرفی قنات بالکل غیر نمویافتہ رہے۔ اس حالت میں ایک انبوبی رحم طیار ہو جاتا ہے جس کا میلان ایک طرف کو زیادہ ہوتا ہے۔ یہ یک قرنی رحم (uterus unicornis) کہلاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں اکثر اوقات مقابل کی قنات ناقص النمو رہ جاتی ہے، اور ایک لیفی حبل یا بند کی شکل میں پائی جاتی ہے جس میں عام طور پر ایک غیر مکمل قنات ہوتی ہے،

اور یہ یک قرنی رحم کی ایک طرف سے جھکی ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۰۷)۔ ایسی حالتوں میں بعض اوقات ناقص النمو طرفی قنات کی طرف کی فلوپی نلی تجویفی نمو یافتہ ہوتی ہے لیکن ناقص النمو قرن شاذ و نادر ہی کہفۂ رحم سے ربط و راہ رکھتا ہے۔ اس قسم کے ناقص النمو قرن میں کبھی کبھی خارج الرحم حمل واقع ہو جاتا ہے۔ حیوانات منویہ مقابل کی نلی سے نقل کر کے ڈگلس کی جیب کو عبور کرنے کے بعد اس میں پہنچ جاتے ہیں۔ ناقص النمو قرن کی غشائے مخاطی عضلی ہیکل میں گہرا نفوذ کئے ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۰۹)۔

متضاعف رحم کے یہ جملہ مسلمہ اقسام ملاشک وشبہ طرفی قناتوں کے مقابل کے حصوں کے طبعی عمل اتحاد کے کسی نہ کسی درجہ پر رک جانے سے ظہور پذیر ہوتے ہیں۔ تضاعف کی ایک اور قسم بھی پائی جاتی ہے جس کی محض ایک ہی مثال درج کیجا چکی ہے (جمل Gemmel: اور پیٹرسن (Paterson:[1] ۔ اس میں تضاعف مکمل ترین ہوتا ہے اور سابق الذکر اقسام کی نسبت یہ نمو کے بہت ابتدائی درجہ پر ہی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس مثال میں نمو کی مندرجہ ذیل غیر طبعی حالتیں موجود تھیں۔ (ا) عمود فقری کا زیرین حصہ جزوی طور پر دو حصوں میں منقسم تھا۔ (ب) بہت بڑا اور چوڑا استخوانی حوض موجود تھا۔ (ج) دو رحم تھے جو جانبی میلان کی وجہ سے ایک دوسرے سے بالکل علیحدہ علیحدہ تھے۔ (د) دو مہبلیں اور دو فرجیں تھیں۔ (س) دو مبال اور دو مثانے تھے۔ اس عورت کو ہر ایک تناسلی قنال سے جو ایک دوسرے سے ممیز تھیں بچہ پیدا ہوا تھا۔ یہ بدشکلیاں غالباً مضغہ کی ابتدائی عمر میں اس کے ذنبی سرے کی جزوی دو فرعیت (dichotomy) سے پیدا ہوئی ہونگی (دیکھو شکل ۱۰۸)۔

تضاعف رحم کے سریری خواص۔ مضاعف رحم اگرچہ شکلیاتی نقطۂ نگاہ سے بہت دلچسپ ہیں لیکن ان کی سریری اہمیت کم ہے۔ وظیفی طور پر یہ مکمل اعضا ہوتے ہیں، اور عمل حیض اور استقرار حمل طبعی طور پر واقع ہوتا ہے، جس سے کسی خلاف قاعدہ حالت کی موجودگی کا کوئی شبہ نہیں ہوتا۔ جریان حیض رحم کے دونوں نصفوں میں سے ہوتا ہے۔ اگر ایک نصف میں استقرار حمل ہوتا ہے تو حیض کا آنا دونوں رحموں میں سے قاعدۃً بند ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی ہر ایک نصف میں بیضوں کے بیک وقت اقامت پذیر ہونے سے توام حمل کا استقرار ہو جاتا ہے اس حالت سے جنین بر جنین (superfœtation) کی ایک طرح سے توجیہ ہو جاتی ہے۔

[1] Journ Obst. and Gyn. Brit. Emp., xxiii., 25. 1913.

نلوپی نلیاں اور مبیضین بالعموم طبعی طور پر نمو یافتہ ہوتے ہیں۔ حالت مذکور کا انکشاف اکثر اوقات سریری امتحان کے دوران میں دہری مہبل کے پائے جانے سے ہوتا ہے۔ کتخدا عورتوں میں مہبل کا ایک نصف بالعموم متسع پایا جاتا ہے، اور دوسرا نصف حالت بکارت میں ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات دونوں نصف بھی متسع پائے گئے ہیں۔ رحم منقسم (septate uterus) کا سریری طور پر شناخت کرنا خاص طور پر مشکل ہے، کیونکہ اسکی خارجی شکل و شباہت طبعی ہوتی ہے۔ مجسّہ (sound) کے استعمال سے بعض اوقات دو کہفے معلوم کئے جا سکتے ہیں لیکن اس طرح امتحان کرنے کے لئے یہی بہتر ہوگا کہ دو مجسّوں کا استعمال کیا جائے، تاکہ دو کہفوں کے موجود ہوتے ہیں، 151
جو ایک دوسرے سے ایک فاصل کے ذریعہ سے جدا ہوتے ہیں، کوئی شبہ باقی نہ رہے۔

متضاعف رحموں میں بھی سلعات لیفیہ (fibroid tumours) کے پیدا ہونے کا اتنا ہی امکان ہوتا ہے جتنا کہ طبعی رحموں میں ہوتا ہے، اور جو رحم ان سلعات کے پیدا ہونے کی وجہ سے نکال لے جا چکے ہیں اُن میں بہت سی ایسی غیر مشتبہ مثالوں کا انکشاف ہوا ہے۔ بعض اوقات صرف تضاعف رحم ہی نموی نقص کے طور پر موجود نہیں ہوتا، بلکہ عنق یا کسی دیگر حصّۂ مہبل کا ضیق (stenosis) بھی پایا جاتا ہے، جو ایک ہی طرف موجود ہوتا ہے اور دوسری طرف نہیں ہوتا۔ اس حالت میں سیالِ حیض تضیّق کے مقام کے اوپر جمع ہو جاتا ہے اور جانبی مہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) یا رحمی اجتماع الدم (hæmatometra) پیدا ہو جاتا ہے۔ ان حالتوں کی سریریاتی تشخیص میں قدرتی طور پر دقت پیش آتی ہے، کیونکہ تشوہ کے کوئی خارجی امارات موجود نہیں ہوتے، اور ممکن ہے کہ دوسری طرف سے حیض بھی طبعی طور پر آتا ہو۔ متسع حصہ اکثر اوقات غلطی سے نوساخت (neoplasm) تصور کیا جا چکا ہے۔ اور اسکی اصلی نوعیت صرف عملیہ ہی سے کھول کر دیکھنے سے ظاہر ہوتی ہے۔

تضاعف مہبل (Duplication of the Vagina)۔ جب کبھی دو مہبلی قنالیں موجود ہوتی ہیں تو یہ تقریبًا ہمیشہ ایک دوسرے کے پہلو بہ پہلو واقع ہوتی ہیں، اور مقدم موخر تعلق میں نہیں ہوتیں، مگر اس امر کے چند ایک مستثنیات کا اندراج بھی ہو چکا ہے۔ ان کا فاصل عضلی بافت سے مرکب ہوتا ہے جس کی دونوں طرفیں قلسانی سر حلمہ سے پوشیدہ ہوتی ہیں۔ یہ اکثر اوقات غیر مکمل ہوتا ہے۔ اور نقص اسکے اوپر کے یا نیچے کے نصف حصہ میں، یا اسکے وسطی حصہ میں پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات مہبل مکمل یا جزوی طور پر متضاعف ہوتی ہے، اور

صرف ایک ہی رحم ہوتا ہے، لیکن بیشتر حالتوں میں یہ بھی متضاعف ہوتا ہے۔ یک قرنی رحم (uterus unicornis) کے ساتھ بالعموم ایک ہی مہبل ہوتی ہے جو ایک جانب کو نمایاں طور پر مائل ہوتی ہے، اور غیر طبعی طور پر چھوٹی ہوتی ہے۔

فرج اور مہبل کی بے انثقابی کی حالتیں

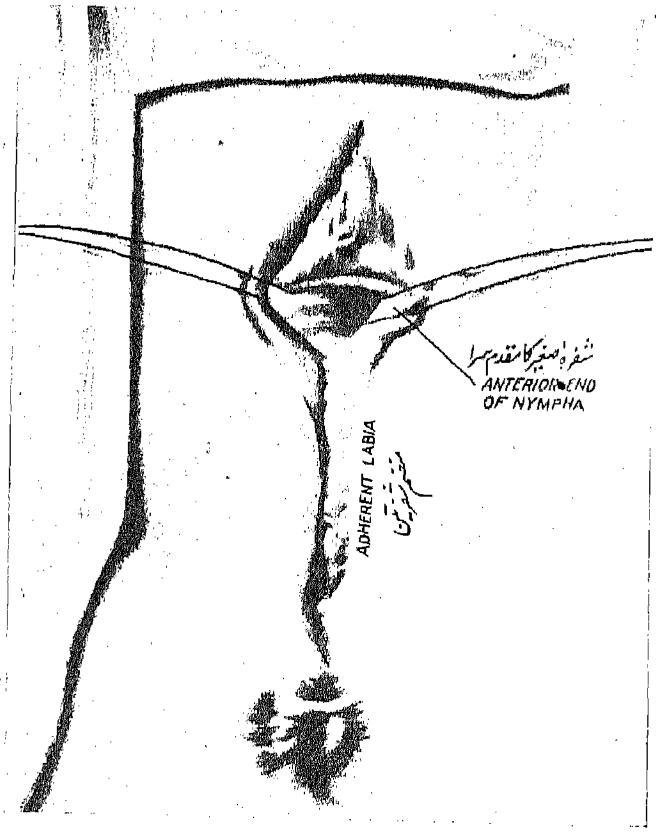
(ATRESIC CONDITIONS OF THE VAGINA AND VULVA)

مہبل اور فرج کی بے انثقابی۔ مہبل کی بے انثقابی (atresia) کے تین اقسام یا مدارج پائے جاتے ہیں۔ پہلی اور سب سے انتہائی قسم میں اس عضو کی جگہ ایک لیفی بند ہوتا ہے جس کے ابعاد اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ دوسرے درجہ میں قنال کا بعض ایک حصہ ہی غیر منثقب ہوتا ہے، اور بقیہ قنال طبعی ہوتی ہے۔ تیسرے درجہ میں قنال کا کوئی ایک حصہ ایک مستعرض پردہ سے مسدود ہوتا ہے جو کہ ہے سالم اور کہ ہے منثقب ہوتا ہے۔ ان تمام حالتوں میں فاصل کے نیچے فرج، اور اس کے اوپر رحم اور اس کے ضمیمے بعض اوقات طبعی طور پر نمو یافتہ ہوتے ہیں، اور نقص صرف مہبل ہی میں پایا جاتا ہے۔ بخلاف اس کے کبھی کبھی رحم بھی متضاعف یا ناقص النمو ہوتا ہے۔

اگر رحم اور مبیض طبعی ہوں تو مہبل کی مکمل بے انثقابی سے خواہ وہ کسی شکل میں موجود ہو طمث مخفی (cryptomenorrhœa) کے علامات پیدا ہو جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 165)۔ ایسی شناخت آسان ہوتی ہے کیونکہ عضو ماؤف تک بخوبی رسائی ہو سکتی ہے، لیکن ایسی حالتوں کی تشخیص کرنے میں یہ معلوم کرنا ایک اہم امر ہے کہ آیا رحم اور مبیضین طبعی طور پر نمو یافتہ ہیں یا نہیں۔ اگر وہ طبعی طور پر نمو یافتہ ہیں تو عملیہ کے ذریعہ سے پوری تناسلی قنال کو ایک بنایا جا سکتا ہے۔ اور اگر وہ طبعی حالت پر نہیں تو یہ امر مشکوک ہے کہ آیا مہبلی تسدد کا عملیتی علاج قرین مصلحت ہے یا نہیں؟ ایسی چند حالتوں میں عورت کو قابل ازدواج بنانے کے لئے مہبل کی عملیتی تکوین عمل میں لائی جا چکی ہے، اگرچہ افعال حیض و تولید کی عدم موجودگی قطعاً اصلاح پذیر نہیں ہوتی۔ اس قسم کے مریضوں میں جدید قنال مہبل بنانے کے لئے معائے صغیر کا ایک جزء استعمال کیا گیا ہے۔ ہماری رائے میں اس عملیہ کے جواز کے لئے بہت ہی کم وجوہ موجود ہیں۔

اس بے انثقابی کے خفیف سے مدارج کا علاج اسی اصول پر کیا جا سکتا ہے جس پر 152

عنق کی بے انثقابی کا کیا جاتا ہے، یعنی نقص سے اوپر اور نیچے کی طبعی مخاطی غشاؤں کو ملا دیا جائے۔
فرج کی بے انثقابی (Vulval Atresia) متذکرہ صدر بے انثقابی کے

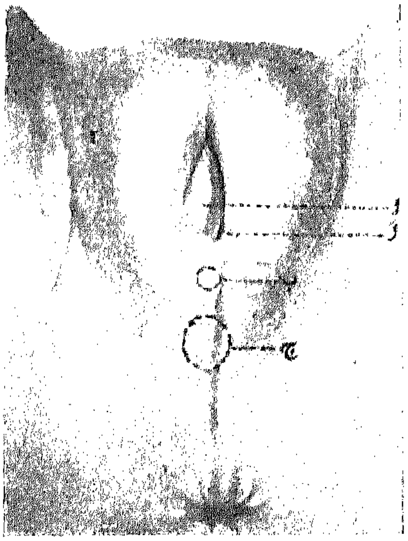


شکل ۱۰۱۱۔ بالغ عورت میں فرج کی سطحی بے انثقابی (superficial atresia)۔ شفرتین صغیر کے مقدم سروں کو دو ضحتوں کے ذریعہ سے کھینچ کر الگ کر دینے سے ایک تنگ روزن دکھائی دیتا ہے جو مہبل کو جاتا ہے، بظاہر غیر متاثر دکھائی دیتا ہے۔

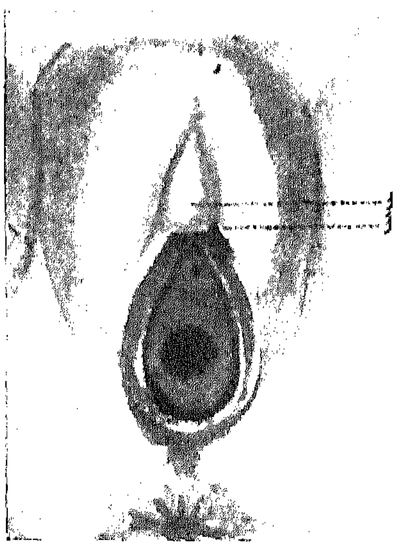
مقابلہ میں نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ فرج کی مکمل عدم موجودگی (**فقدان فرج** (defectus vulvæ: محض جنینی مسخوطات (monstrosities) ہی میں پائی جاتی ہے جو از خود زندہ

نہیں رہ سکتے ۔

فرج کی سطحی بے انشقاقی زیادہ کثرت کے ساتھ پائی جاتی ہے ۔ یہ یا تو شفرتین صغیرا اور شفرتین کبیر کے موخر حصوں کے آپس میں منضم ہوجانے سے ظہور میں آتی ہے ، اور یا محض شفرتین صغیر ہی کے منضم ہوجانے سے پیدا ہوتی ہے ، اور شفرتین کبیر مسدودیت میں کوئی حصہ نہیں لیتے (دیکھو شکل ۱۱۰ و ۱۱۱) ۔ مذکورۂ بالا ہر ایک حالت میں یہ عارضہ التہابی عمل کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے ، جو ولادت سے قبل یا زمانۂ طفولیت میں واقع ہوتا ہے ۔ شکل ۱۱۱ اس قسم کی ایک مثال کو ظاہر کرتی ہے جس کا علاج ہم میں سے ایک (سی ۔ ایل) نے کیا ہے ۔ غشائے ساد بظر سے لیکر قید الشفرتین (fourchette) تک پہنچی تھی جس کی وجہ سے دہلیز ، بولی منفذ ، پردۂ بکارت ، موضع ہبل اور 158



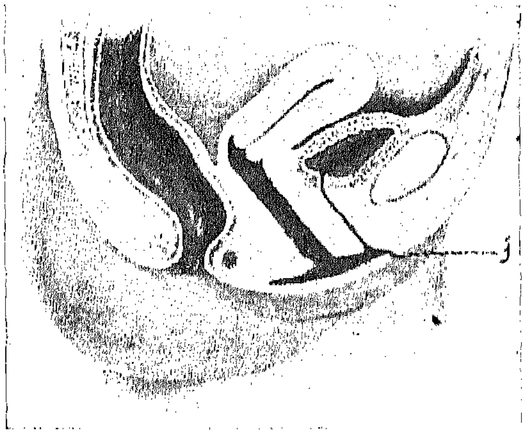
شکل ۱۱۱ ۔ فرج کی سطحی مسدودیت ۔ ا ۔ بظر ۔ ز ۔ وہ جوف ہے جس میں سے حیض اور پیشاب آتا تھا ۔ ب اور ج مبالی اور مہبلی دہنوں کو ظاہر کرتے ہیں ۔



شکل ۱۱۲ شکل ۱۱۱ ہے جس میں غشائے ساد کا استیصال کردیا گیا ہے ۔

حفرۂ زورقیہ نظر نہیں آتے تھے (دیکھو شکل ۱۱۱ و اشکال ۱۱۲ و ۱۱۳) ۔ بظر اگلی طرف نظر آتا ہے (ا) اور ایک تنگ مجریٰ (ز) بظر کے عین پیچھے موجود تھا ۔ اس چھوٹے سے مجریٰ سے حیض قراز

اور پیشاب کا اخراج ہوتا تھا، اور اسی لئے یہ بدشکلی مریضہ کے سن بلوغ پر پہنچنے تک معلوم نہیں ہوئی۔ اس حالت میں، مریضہ کی عمر ۲۲ سال کی تھی حیض سے کوئی تکلیف نہیں ہوتی تھی، اور علاج کی ضرورت تبول میں تکلیف ہونے کے باعث پیش آئی۔ اِن حالتوں میں فرج کی مسدودیت کبھی کبھی مکمل

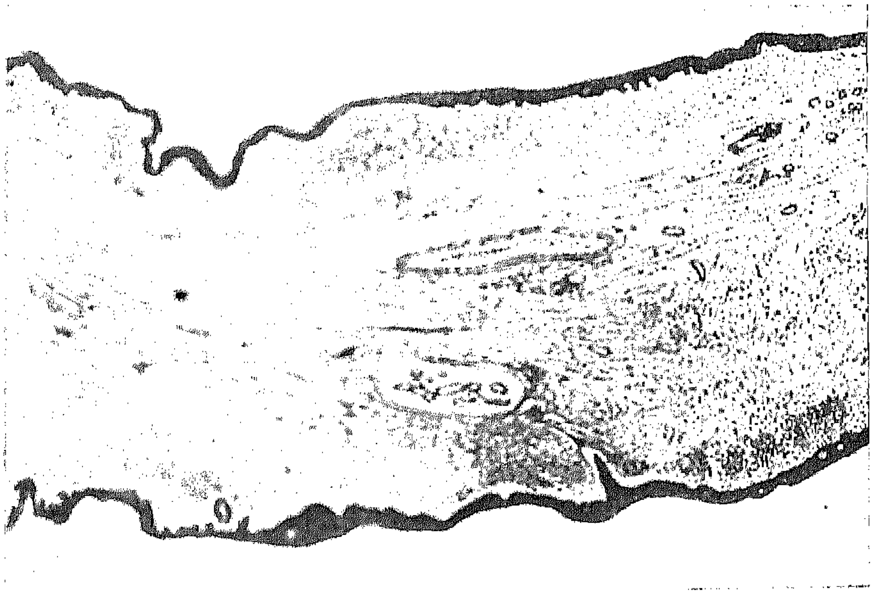


شکل ۱۱۳ ـ جو غشائے ساد شکل ۱۱۱ میں دکھائی گئی ہے اس کی سہمی تراش۔ ؤ اُس جوف کے محل کو ظاہر کرتا ہے جس میں سے حیض اور پیشاب آتا تھا۔

154 بھی ہوتی ہے، اور سیال حیض محبوس ہوجاتا ہے۔ اس حالت کا نام مہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) ہے۔ حیضی حاصلات کا جو احتباس اس طرح واقع ہوجاتا ہے وہ سریری طور پر "طمث مخفی" (Cryptomenorrhœa) کہلاتا ہے (دیکھو شکل ۱۲۵)۔

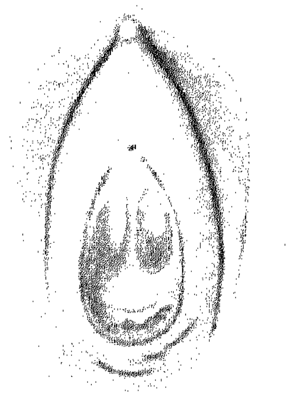
یہ ظاہر ہے کہ مہبل کے مسدودیت یافتہ حصہ میں بھی ندبہ (cicatrix) پیدا ہوسکتا ہے اور یہ حالت اس کی سطح کے پُرشکن اور ناہموار ہونے سے ظاہر ہوتی ہے جیسی کہ شکل ۱۱۰ میں دکھائی دیتی ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ ندبی بافت کے پردہ کو جو ایک طرف سے دوسری تک پھیلا ہوا ہے ایک سرے سے لیکر دوسرے سرے تک خطِ وسطی میں کاٹ دیا جائے۔ زائد ساخت کو دور کرنے کے بعد خام کنارے تانت (catgut) سے ملا دئے جاتے ہیں۔ غشائے ساد کی خردبینی ساخت (شکل ۱۱۴) سے شفرتین صغیرہ کی ساختی خصوصیات ظاہر ہوتی ہیں یعنی دونوں سطحوں پر

فلسمائی سر حلمہ موجود ہوتا ہے، اور عرقی ہیکل میں چند ایک تحتی تمدد پائے جاتے ہیں۔ ایسا بھی شاذ و نادر ہوجاتا ہے کہ مہبل کی سطحی بے انشقابی کی وجہ سے بول باقی رہ کر [illegible] (triple phosphates) جم جاتے ہیں اور مہبلی حصات (vaginal calculus) بن جاتا ہے۔



شکل ۱۴۱۱ - فرج کی غشائے سادہ کی خوردبینی ساخت۔ یہ غشا [illegible] دکھاتی ہے۔ اسکی ساخت تہ دار [illegible]

وہینہ مہبل کی بے انشقابی پردہ بکارت یا غشائے مہبل کے زیریں حصہ کے نقائص نمو کی وجہ سے بھی وقوع میں آتی ہے۔ اس حالت کو غیر مثقب پردہ بکارت (Imperforate hymen) کہتے ہیں۔ اس عنوان کے تحت شاذ و نادر مختلف حالتیں آتی ہیں۔ ان دونوں کا مشترک خاصہ یہ ہے کہ ان میں پردہ بکارت [illegible] ایک غشائی پردہ ہوتا ہے جس سے مہبل کا زیریں سرا بند ہوجاتا ہے [illegible] مہبل و فرج کا [illegible]



غیر مثقب پردۂ بکارت (Imperforate Hymen) اور مہبلی اجتماع الدم (Hæmatocolpos)

غشائے ساد کی رنگت گلابی ہے، اور اس پر ایک وسطی سیون (median raphe) ہے جو زیادہ ابھری

ہوئی نہیں۔

ہوتا ہے۔ اس طرح ساد (یا فراہم یانوائس فاصل سے بنتا ہے جو غیر منشقب طری قنات کے زیرین سرے کا قائم مقام ہوتا ہے) اور یا پردۂ بکارت کے عدم انشقاب سے، جو اس حالت میں ایک مکمل مستعرض فاصل کی شکل میں موجود ہوتا ہے۔ یہ یاد ہوگا کہ پردۂ بکارت طری بصلوں (Müllerian bulbs) سے تیار ہوتا ہے جو طری قناتوں (Müllerian ducts) کے زیرین سرے کے اطراف پر واقع ہوتے ہیں۔ مسدودیت کی اول الذکر قسم میں طبعی پردۂ بکارت پایا جاتا ہے جو نیچے کی جانب اور پیچھے، یعنی غشائے ساد سے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ دوسری قسم میں

155 غشائے ساد کے علاوہ پردۂ بکارت کا شائبہ بھی نہیں پایا جاتا۔ شفرتین کو علیحدہ کرنے کے بعد یہ غشا بآسانی نظر آسکتی ہے۔ اس کی رنگت ہم پہلو مخاطی سطحوں کی طرح گلابی ہوتی ہے، اور اس پر ایک خفیف سی وسطی سیون (median raphé) موجود ہوتی ہے (دیکھو صفحہ ...)۔ اس کی دبازت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ باریک قسم کی غشائیں نیم شفاف ہوتی ہیں، اور خون کی تاریک رنگت جس سے مہبل پُر ہوتی ہے اس میں سے دکھائی دیتی ہے۔ یہ غشا عام طور پر ذرا سی ابھری ہوتی ہے، اور دکھانے پر اس میں واضح صدمہ محسوس ہوتا ہے۔ اس کی ساخت خردبینی امتحان کے لئے ایک ٹکڑا لیکر اس کی سطح سے زاویہ قائمہ پر تراشیں کاٹنے سے معین کی جاسکتی ہے۔ سرحلمی غلاف کی نوعیت کی طرف زیادہ توجہ کرنا چاہئے۔ اس کی خارجی سطح تمام حالتوں میں اسی قسم کے مطبق فلسمانی سرحلمہ سے پوشیدہ ہوتی ہے جس سے مہبل پوشیدہ ہوتی ہے۔ اس کی داخلی سطح پر بعض اوقات ستونی سرحلمہ کے شائبات دکھائی دیتے ہیں، اور بلیر بیل (Blair Bell) کے مطابق یہ کیفیت ۵۰ فیصدی سے زائد حالتوں میں پائی جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں سرحلمہ ایک مجوفی نمو یافتہ کی شکل میں پایا جاتا ہے جس میں چھوٹے چھوٹے غدد موجود ہوتے ہیں۔ ایسے واقعات سے بظاہر ہوتا ہے کہ غشا کا کچھ حصہ طری قنات سے بنا ہے کیونکہ پردۂ بکارت میں ستونی خلیات کبھی نہیں پائے جاتے۔ اگر غشا کی دونوں سطحیں فلسمانی خلیات سے پوشیدہ ہوں تو یہ صادق غیر منشقب پردۂ بکارت ہوتا ہے۔ اور اگر اس کی اندرونی سطح پر ستونی خلیات پائے جائیں تو اسکا یہ مطلب ہے کہ طری قنات کے زیرین سرے میں قنال پیدا نہیں ہوئی۔

بعض واقعات میں یہ حالتیں ذرا مختلف ہوتی ہیں کیونکہ غیر منشقب پردۂ بکارت اور قنالِ مہبل کے درمیان جو علی الترتیب نیچے اور اوپر واقع ہوتے ہیں کبھی کبھی ایک نمایاں وقفہ موجود ہوتا ہے۔ یہ درمیانی رقبہ مہبل کی بے انثقابی کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ ایسے واقعات میں

طبیعی امارات ایک مرمہ صورت اختیار کر لیتے ہیں۔ پردۂ بکارت میں نمایاں بروز نہیں پایا جاتا، اور بعض اوقات کھانسنے پر صدمہ غائب ہوتا ہے۔ اور مہبل کے بالائی حصہ کی منتسع حالت مستقیمی امتحان سے شناخت کی جا سکتی ہے۔ اس کا علاج مہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) کو کھولنے اور اس کی مسیلیت کرنے اور قنال مہبل کی تکمیل کر دینے پر مشتمل ہے۔ اگر مہبل اور فرج کے درمیان معتدبہ وقفہ موجود ہو تو اجتماع خون تک پہنچنے کے لئے کسی قدر گہری تقلیع کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ ضروری ہے کہ دونوں قطعوں کی مخاطی غشاؤں کو ملا دیا جائے، کیونکہ ایسا نہ کرنے سے قنال مہبل یا تو بتدریج تنگ ہو جائیگی اور یا مکمل طور پر مسدود۔ دیوار مہبل کو اس کے اتصالی بافت کے غلاف سے کافی دور تک ضرور علیحدہ کر لینا چاہئے تاکہ یہ نیچے کی طرف کو فرج تک کھینچی جا سکے، اور وہاں ٹانکوں سے بغیر تنش کے قائم رکھی جا سکے۔ بعد ازاں شیشہ یا ربڑ کی ایک چوڑی نلی داخل کر دی جاتی ہے جو کہ پیہ (dressing) کے ذریعہ سے اپنی جگہ پر برقرار رکھی جاتی ہے۔

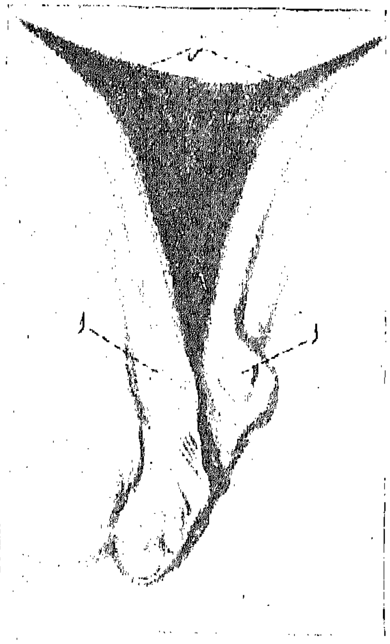
تحت مبالیت اور فوق مبالیت

(HYPOSPADIAS AND EPISPADIAS)

تحت مبالیت (Hypospadias)۔ یہ خلاف قاعدگی مبال کی موخر دیوار یا اس کے فرش میں نقص رہ جانے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ بعض حالتوں میں تمام مبال مفقود ہوتا ہے، اور مثانہ مہبل میں براہ راست کھلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ یہ تشوہ عورت میں بہت نادر الوقوع ہے، اور چونکہ بعض اوقات اس کے ساتھ کلائی یا فتہ بظر بھی موجود ہوتا ہے اس لئے اس قسم کے موضوع کو غلطی سے مرد تصور کیا جاتا ہے۔ تحت مبالیت (hypospadias) مردوں میں نسبتہً زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اور جب یہ تشوہ مکمل حالت میں موجود ہوتا ہے تو اس قسم کا موضوع غلطی سے عورت تصور کر لیا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 158)۔ بقول بیلنٹائن (Ballantyne) تحت مبالیت عورتوں میں بولی تناسلی جوف (urogenital sinus) کے برقرار رہنے کا نتیجہ ہوتی ہے (دیکھو شکل ۷، صفحہ 85)۔

فوق مبالیت (Epispadias)۔ مبال کی مقدم دیوار یا اس کی چھت کا نقص ہے۔ بعض اوقات مقدم دیوار بالکل ہی غائب ہوتی ہے۔ تحت مبالیت کی طرح

فوق مبالیت بھی مرد میں نسبتہً زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ عورتوں میں مہبل کی مقدم دیوار کے نمو کی خلاف قاعدگیاں وسعت میں بہت اختلاف پذیر ہوتی ہیں۔ خفیف سی مثالوں میں مبالی گذرگاہ کھلے مبرزی کی طرح ہوتی ہے اور دہلیز کے وسطی خطہ میں واقع ہوتی ہے جہاں سے یہ عانی ارتفاق (symphysis pubis) کے نیچے سے گذرتی ہوئی عنق مثانہ کی طرف چلی جاتی ہے۔ مبال کا قریبی یا مثانی سرا مثانہ تک پہنچنے سے پیشتر کبھی کبھی مکمل بھی پایا جاتا ہے، اور نقص محض اس قنات کے دہلیزی حصّہ ہی میں موجود ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں اس مجریٰ کا تمام ممر کھلا ہوتا ہے، اور مقدم دیوار بالکل مفقود ہوتی ہے۔



شکل ۱۱۵۔ فوق مبالیت (epispadias)
ا - اَ - بیش پروردہ شفرتین صغیر - س - غیر متحد عانی ہڈیاں۔

یہ ضرر خواہ کسی درجہ ہی کا ہو یہ بات عموماً مشاہدہ میں آتی ہے کہ اجسام بظر (corpora clitoridis) کا وسطی اتحاد واقع نہیں ہوا۔ لہٰذا بظر کے قائم مقام دو نصف حصے ہوتے ہیں جو کھلے مبالی میزاب کے ہر دو اطراف پر واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۱۵)۔ فوق مبالیت (epispadias) کی خفیف تر حالتوں میں بھی بعض اوقات عانی ارتفاق کے دونوں نصف حصے ایک دوسرے سے فرق پر واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۱۵ - س - اور ۱۱۶ - س)۔ ایسی حالت میں ضرر مذکور کی امتیازی خصوصیت بظر کے دونوں نصف حصوں اور شفرتین کی وسیع علیحدگی ہوتی ہے۔ شکل ۱۱۵ س اور ۱۱۶ س سے یہ حقیقت ظاہر ہوتی ہے کہ زنانہ فوق مبالیت میں، بعض اوقات مثانہ کے مکمل طور پر نمو یافتہ اور مبال کے بالائی قطعہ کے سالم ہونے کی حالت میں، ارتفاق کا عدم اتحاد موجود ہوتا ہے۔ ان تصاویر میں خارجی حصّوں کی

وسیع علیحدگی دکھائی دیتی ہے جو عانی ہڈیوں کے ارتفاق پر متحد نہ ہونے کا نتیجہ ہے ۔ یہ فوق مبالیت (epispadias) کی ایک نادر الوقوع قسم ہے۔ مثانہ کی مقدم دیوار کے غائب ہونے کی حالت میں اکثر اوقات ارتفاقِ عانہ کا انفصال اور سقفِ مبال کا فقدان پایا جاتا ہے۔ یہ تمام ضرر بے جائیِ مثانہ (ectopia vesicæ) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔

فوق مبالیت (epispadias) کی ایسی خفیف سی حالت کی، جیسی کہ شکل ۱۱۵ میں دکھائی دیتی ہے، سریریاتی ہیئت بھی سلس البول کی وجہ سے بہت تکلیف دہ ہوتی ہے۔ موئے زہار اور شفرتین پر فاسقیٹوں کی پپڑیاں جم جاتی ہیں۔ دہلیز کی سطح تسحج یافتہ ہو جاتی ہے۔ اور راکد پیشاب کی بو مریضہ اور اس کے متعلقین کے لئے بہت تکلیف کا باعث ہوتی ہے۔

فوق مبالیت کے لئے عملیہ کرنے سے پیشتر یہ ضروری ہے کہ مریضہ کو بستر میں رکھا جائے اور موئے زہار، اور فاسفیٹوں کے جماؤ کو دور کر دیا جائے۔ اور خارجی اعضائے تناسل کو کسی خفیف سے دافع عفونت غسول سے صاف کیا جائے حتیٰ کہ جلد تندرست حالت پر آ جائے۔ اس کے بعد کوئی ایسا ترقیعی عملیہ انجام دیا جا سکتا ہے جیسا کہ صفحہ 904 و 905 پر بیان کیا گیا ہے۔

بے جائیِ مثانہ (Ectopia Vesicæ)۔ یہ ایک وسیع نموی ضرر ہے۔ بیری ہارٹ (Berry Hart) کے مطابق یہ حالت مخرجی غشا (cloacal membrane) کے ناقص النمو رہنے سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ غشا ایک صحفہ ہے جو مخرج (cloaca) اور برو اَدمہ (ectoderm) کی بطنی دیواروں کے اتحاد سے پیدا ہوتا ہے، اور ناف سے نیچے کی طرف پھیلا ہوتا ہے۔ شکل ۶۲، ج غ (صفحہ 80) کے دیکھنے سے اس غشا کی وسعت اور محل معلوم ہو جائے گا۔ جو ساختیں غائب ہوتی ہیں وہ (۱) مثانہ کی اگلی دیوار اور مقدم شکمی دیوار کا ایک متناظر حصہ، (۲) ارتفاقی انفصال، اور (۳) مبال کی مقدم دیوار ہیں۔ اور جو ساختیں کھلی دکھائی دیتی ہیں وہ (۱) مثانہ کی موخر دیوار کی غشائے مخاطی، (۲) حالبین (ureters) کے دہنے، اور (۴) مبال کا فرش ہیں۔ اس طرح روزنِ فرج مثانہ اور مبال کی تمام غشائے مخاطی کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ 157

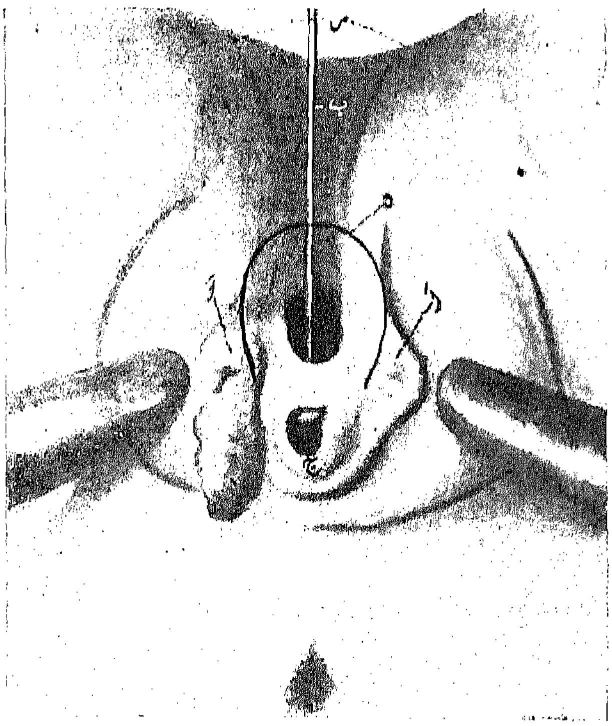
اس وسیع نقص کو دور کرنے کے لئے مختلف ترمیمی عملیے پیش کئے گئے ہیں، اور حالبین کی تنقیلیم معائے مستقیم میں کی جا چکی ہے۔ اس حالت کا علاجی علاج بالعموم عمومی سرجن ہی کرتا ہے،

اور اس عملیہ کی تفصیل کے لئے عمومی علم الجراحت کی درسی کتابوں کو دیکھنا چاہیئے۔

خنثیت اور کاذب خنثیت

(HERMAPHRODITISM AND PSEUDOHERMAPHRODITISM)

خنثیٰ (hermaphrodite) وہ شخص ہے جس میں ایسی ساختیں موجود ہوں جو دونوں



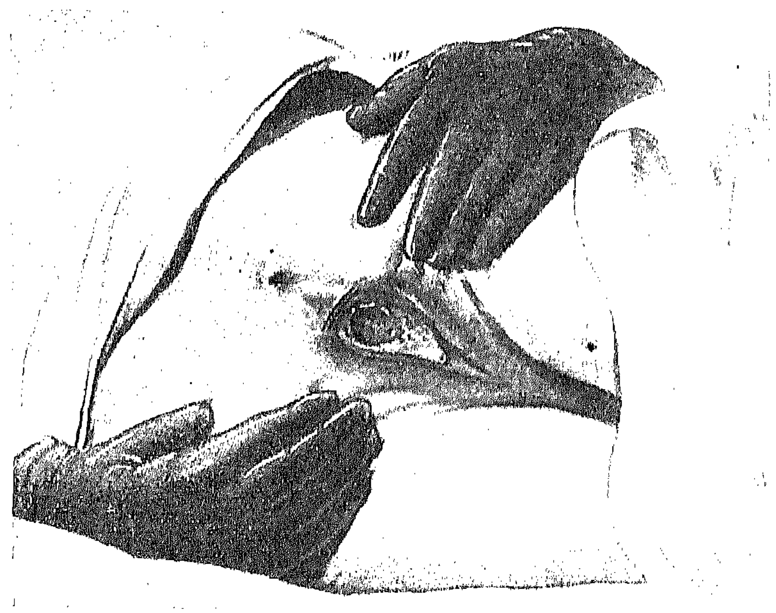
شکل ۱۱۶ – فوق مبالیت (epispadias) - یہ وہی حالت ہے جو شکل ۱۱۵ میں ظاہر کی گئی ہے۔ شفرتین صغیر (ا۔اَ) مبال کی چھت کی عدم موجودگی کو دکھانے کیلئے پیچھے ہٹا دیئے گئے ہیں۔ ب۔ مبال میں مجسّہ۔ ج۔ پردۂ بکارت۔ د۔ نقل نما شگاف۔ س۔ غیر متحد ارتفاق۔

158 صنفوں کے امتیازی صنفی غدد یا مولّدات (gonads) یعنی مبیض اور خصیہ کی قائم مقام تصور کی جاسکیں۔ صادق خنثیت کا لازمی خاصہ یہ ہے کہ مبیض اور خصیہ دونوں، خواہ الگ الگ، یا متحدہ غدہ کی شکل میں، موجود ہوں۔ اگرچہ بچوں اور جوانوں میں اس قسم کی بہت سی مشہور و معروف مثالیں درج کی جاچکی ہیں، لیکن پیش کردہ ثبوتوں کے قطعی نہ ہونے کے باعث ان مالنوں کی ایک بہت بڑی تعداد میں اس شبہ کی گنجائش باقی رہ جاتی ہے کہ آیا ان کو حقیقۃً خنثیٰ کہا جاسکتا ہے یا نہیں۔ بلیکر (Blacker) اور لارنس (Lawrence) نے ساڑھے آٹھ ماہ کے ایک جنین کی مثال درج کی ہے جس میں مکمل امتحانِ نعش پر ایک طرف تو یک قرنی رحم (uterus unicornis) کا انکشاف ہوا جس کے ساتھ ایک مبیض اور ایک فلوپی نلی بھی تھی، اور دوسری طرف ایک متحدہ غدہ (مبیضی خصیہ : ovo-testis) پایا گیا جس کے ساتھ ایک کلائی یافتہ ولفی قنات اور ایک ناقص التکوین فلوپی نلی (ملری قنات) تھی۔ ولفی قنات بربخ (epididymis) اور قنات ناقلہ کی قائم مقام تھی۔

کاذب خنثیٰ (pseudohermaphrodite) وہ شخص ہے جس کے مولّدات (gonads) تو ایک صنف کی امتیازی خصوصیتیں رکھتے ہوں، اور خارجی اعضائے تناسل اور ثانوی صنفی اوصاف صنف مقابل کے مشابہ ہوں۔ یہ حالت قلیل الوقوع نہیں۔ اور اس کی کئی ایک غیر مشتبہ مثالیں درج کی جاچکی ہیں۔ فعلیاتی نقطۂ نظر سے کسی شخص کی صنف مولّدات کے خاصہ سے معلوم کی جاتی ہے۔ لہٰذا اگر صحیح صحیح طور پر کہا جائے تو زیر بحث حالت ہرگز خنثیت نہیں ہوسکتی۔ "کاذب خنثیت" فی الحقیقت عدیم الوجود ہے۔ اگرچہ یہ نام صحیح نہیں لیکن اس کے استعمال سے جو سہولت پیدا ہوتی ہے وہ فی الحال اصطلاحی صحت کی خواہش پر مقدم تصور کی جاتی ہے۔

یہ یاد ہوگا کہ طبعی طور پر نمو یافتہ مرد میں عورت کے لازمی صنفی اعضا سوائے مولّدات کے آثاری ساختوں کی شکل میں برقرار رہتے ہیں، مثلاً کیسیتی خصیہ (hydatid testis) ملری قناتوں کے بقیہ حصوں کو ظاہر کرتا ہے، اور قدامی رحیمہ (prostatic utricle) رحم کو۔ نیز طبعی طور پر نمو یافتہ عورت میں بھی ربیض (epoöphoron) اور جانبی مبیضی انبیبات (paroöphoritic tubules) پائے جاتے ہیں جو بربخ (epididymis) اور نزد بربخ (paradidymis) کے قائم مقام ہوتے ہیں۔ مزید برآں بظر قضیب کی جگہ ہوتا ہے، اور

بظاہری شکن نطفہ کے قائم مقام ہوتے ہیں۔ چونکہ جنینی زندگی کے ابتدائی حصہ میں خصیہ یا بیض کے بننے سے صنف معین ہوجاتی ہے، اس لئے یہ صاف ظاہر ہے کہ آئندہ نمو کی ضلالت سے اس شخص میں صنفِ مقابل کے بعض یا تمام قلیل الاہمیت تناسلی اعضا کے پیدا ہوجانے کا امکان ہے۔



شکل ۱۱۰۔ مردانہ کاذب خنثیت (male pseudohermaphroditism) کی ایک مثال جس میں خارجی اعضائے تناسل زنانہ قسم کے ہیں۔ (کرسٹوفر مارٹن۔)

159 یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ تشوہات کا رجحان متعدد ہونے کی طرف ہوتا ہے، اسلئے یہ ممکن ہے کہ ترتیب مذکور اور بھی پیچیدہ ہوجائے۔ خارجی اور داخلی اعضائے تناسل کے متعدد تشوہات حد سے زیادہ کثرت کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ ان میں سے بعض تشوہات کا اثر یہ ہوتا ہے کہ خارجی اعضائے تناسل صنفِ مخالف کے اعضائے تناسل کی ظاہری شکل و شباہت اختیار کرلیتے ہیں۔ چنانچہ مردوں میں تحت مبالیت (hypospadias) قضیبی مبال اور صفن کے جانبی نصفوں کے عدم اتحاد سے پیدا ہوتی ہے۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ صفن کے نصف حصے جو ایک دوسرے سے

علیحدہ رہتے ہیں۔ شفرتین کبیر کے مشابہ معلوم ہوتے ہیں، اور ان کے درمیان ایک فضا رہ جاتی ہے جس کے فرش پر مبال کھلتا ہے۔ قضیب ناقص النمو اور قصیر الجسامت ہوتا ہے۔ اگر طبعی طور پر نازل خصیتین موجود ہوں تو اس تشوہ کی تشخیص میں کوئی دقت پیش نہیں آتی، کیونکہ مذکورہ غدد ان ظاہری شفرتین میں محسوس کئے جا سکیں گے۔ مگر اکثر ایسا ہوتا ہے کہ خصیتین کے عدم نزول کے ساتھ تحت مبالیت (hypospadias) موجود ہوتی ہے، اور اس سے تشخیص اور بھی زیادہ مشکل ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ایسا شخص جو بلاشبہ مرد ہو عورت تصور کیا جا سکتا ہے، کیونکہ سن شیرخوارگی میں صنف کی تعیین ہمیشہ صرف خارجی اعضائے تناسل کے امتحان ہی سے کی جاتی ہے۔ مزید برآں عورت میں یہ ممکن ہے کہ شفرتین صغیر منضم ہو جائیں، اور مبال کی اطالت آگے کی طرف بظر تک ہو جائے۔ یہ حالت ''بظری مبال'' (clitoridian urethera) کے نام سے موسوم کی گئی ہے۔ بعض اوقات یہ حالت بظر کی بیش پرورش، اور مفرد یا مضاعف شفری بیضی فتق (labial ovarian hernia) کے ساتھ بھی موجود ہوتی ہے۔ اس صورت میں اعضائے تناسل کی مجموعی ہیئت مرد کے اعضائے تناسل سے بہت ملتی جلتی ہے۔

خارجی اعضائے تناسل کے تشوہ کی بعض حالتوں میں اہم اعضائے تناسل مع مولدات (gonads) طبعی طور پر بھی نمو یافتہ ہوتے ہیں، مثلاً عورت میں رحم اور نلیاں، اور مرد میں برنخ (epididymis) اور قنات ناقلہ (vas deferens)۔ جن کاذب خناث کے مولدات مردانہ، اور خارجی اعضائے تناسل زنانہ قسم کے ہوتے ہیں وہ مذکر کاذب خناث (male pseudohermaphrodites) کہلاتے ہیں (دیکھئے شکل ۱۱۰)، اور جن کے مولدات زنانہ اور خارجی اعضائے تناسل مردانہ ہوتے ہیں وہ مؤنث کاذب خناث (female pseudohermaphrodites) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ مؤخر الذکر کے مقابلہ میں قبل الذکر زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

کاذب خنثیت (pseudohermaphroditism) کی حالتوں میں سن بلوغ پر ثانوی صنفی خواص کے نمودار ہونے سے ایک اور پیچیدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ مثلاً مذکر کاذب خناث (تحت مبالیتی مرد: hypospadiac male) میں بعض اوقات پستانوں کا نمو واقع ہو جاتا ہے اور بالوں کا نمو زنانہ قسم کا ہوتا ہے، اور صنفی نفسی احساس مرد کے لئے ہوتا ہے۔ اس قسم کا شخص بعض اوقات سوسائٹی میں عورت کی حیثیت سے شامل ہو جاتا ہے حتیٰ کہ ازدواج تک بھی

نوبت پہنچ جاتی ہے۔ چند مثالوں میں ایک قلیل المقدار نوبی نزف بھی مشاہدہ میں آیا ہے جو اعضائے
تناسل سے ہوتا تھا۔ بایں ہمہ ایسا شخص بلاشبہ مرد ہوتا ہے۔ اسی طرح بعض اوقات مؤنث
کاذب خنثیٰ (وہ عورت جس میں فقط بیض پروردہ ہو) میں مردانہ خصوصیات پیدا ہو جاتی ہیں، اور
وہ مردانہ افعال سرانجام دیتی ہے حتیٰ کہ اس حیثیت سے شادی بھی کر لیتی ہے۔ ثانوی صنفی خواص
کے نمو کی پیچیدہ نوعیت، اور ان کے اور صنفی ہارمونوں کے درمیانی تعلق کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے
(دیکھو صفحہ 121 و 122)۔ مگر ان لحاظات سے قطع نظر یہ ممکن ہے کہ بچپن کے ماحول اور تربیت
کا اس امر کے ساتھ اس سے زیادہ گہرا تعلق ہو جتنا کہ خیال کیا جاتا ہے۔

جب سن شیر خوارگی میں بچہ کی تعیینِ صنف کے متعلق غلطی ہو جائے اور اس کا انکشاف
سن بلوغت تک نہ ہو تو اس کی تصحیح کے لئے کوشش کرنا عموماً خلافِ مصلحت ہوتا ہے۔ جن موضوعات 160
میں یہ تشوہات پائے جاتے ہیں وہ لازمی طور پر عقیم ہوتے ہیں۔ اور یہ ظاہر ہے کہ ان کو شادی نہ کرنا
چاہئے۔ ان کے لئے جراحی علاج ممکن العمل نہیں۔

تشوہاتِ بیض

(MALFORMATIONS OF THE OVARIES)

یہ قلیل الوقوع ہیں اور ان کی سریریاتی اہمیت زیادہ نہیں۔

مستزاد اور معین بیضات۔ مستزاد (supernumerary) بیض وہ ہے
جو بیضین سے کچھ تعلق نہ رکھتا ہو اور جسامت میں انہی کے برابر ہو۔ صرف ایک ہی واقعہ کی قابل اطمینان
توضیح کی جا چکی ہے جو فان ونکل (Von Winckel) نے کی ہے۔ اس میں مستزاد بیض رباط عریض
کے سامنے پڑا تھا، اور قرن رحم سے ایک واضح رباطی بند کے ذریعہ سے پیوستہ تھا۔ معین
(accessory) بیض بیضی بافت کا ایک چھوٹا سا ٹکڑا ہوتا ہے جو طبعی بیضین کے علاوہ موجود
ہوتا ہے۔ اور طبعی بیض کے کسی نہ کسی حصہ سے ایک بند کے ذریعہ سے عام طور پر پیوستہ ہوتا ہے۔
اس صورت میں اس کا تکون باریطونی التہابی بندوں کے کھچاؤ کے اثرات سے منسوب کیا جاتا ہے جو
ابتدائی جنینی زندگی میں رونما ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ خلاف قاعدہ محل پر واقع ہوتا ہے لیکن
یہ ہمیشہ بیض کے طبعی خط نزول پر واقع ہوتا ہے جو قطنی خطہ سے حوض تک آتا ہے (صفحہ 86)۔

معین مبیض کی تشخیص کے لئے احتیاط کی ضرورت ہے۔ جب تک کہ زیر امتحان بافت میں مبیض کے ممیز نسیجیاتی عناصر یعنی گرافی جرابات یا لیوٹینی خلیے نہ پائے جائیں یہ بافت مبیضی تصور نہیں کی جاسکتی۔ بہت سے مندرجہ واقعات اس امتحان سے غلط ثابت ہوئے ہیں۔ اور یہ اغلب ہے کہ یہ حالت اس سے بھی کم نادرالوقوع ہو جتنی کہ یہ کتابوں سے ظاہر ہوتی ہے۔ تاہم یہ ممکن ہے کہ بعض ایسے مندرجہ واقعات ہیں جن میں متضاعف مبیض برآری (double oöphorectomy) کے بعد بھی حیض آ تا رہا کوئی معین مبیضی بافت موجود ہو۔ مزید برآں معین مبیضوں میں بعض اوقات نو بالیدیں بھی پیدا ہو جاتی ہیں، مثلاً لیفی سلعات (fibromata) یا دوسرے جو غیر متوقع مقامات پر پیدا ہوتے ہیں۔ ان حالتوں کے علاوہ مستزاد یا معین مبیضوں کی کوئی سریریاتی اہمیت نہیں۔

عدم موجودگی اور ناقص نمو۔ مبیضین کی مکمل عدم موجودگی صرف جنینی مسخولیت (fœtal monstrosity) کی جلی حالتوں مثلاً لاقلب (acardiac) اور پیوستہ پا (sympodial) جنینوں ہی میں دیکھنے میں آتی ہے، جو از خود زندہ نہیں رہ سکتے۔ صنف دیگر کے افراد میں مولّدات (gonads) کی عدم موجودگی اگر فی الحقیقت کبھی پائی بھی جاتی ہے تو از حد نادرالوقوع ہے۔ صنفوں میں کبھی کبھی اختلاط بھی واقع ہو جاتا ہے (خنثیت :hermaphroditism)، لیکن ایسے افراد میں صنفی غدد ہمیشہ موجود ہوتے ہیں، اگرچہ وہ خاطی قسم ہی کے کیوں نہ ہوں۔ مبیضین کی مکمل عدم موجودگی کی شناخت محض امتحان بعد الموت پر ہی یقینی طور پر کی جاسکتی ہے۔ اس حالت کے عملیتی اندراجات پر اعتبار نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ اگر مبیض خاطی محل پر واقع ہوگا تو جراح اسے بآسانی نظر انداز کر دیگا۔ "ناقص النمو" (rudimentary) مبیض سے وہ مبیض مراد ہے جس میں گرافی جرابات موجود نہ ہوں، اور اس حالت کے باقاعدہ طور پر مندرجہ واقعات تقریباً اتنے ہی نادرالوقوع ہیں جتنے کہ مبیض کی عدم موجودگی کے۔ اس شبہ کی بنا پر ہم یہ نہیں کہہ سکتے کہ کسی بالغ شخص پر مبیضین کے پیدائشی عدم وجود کے سریریاتی اثرات کیا ہونگے۔

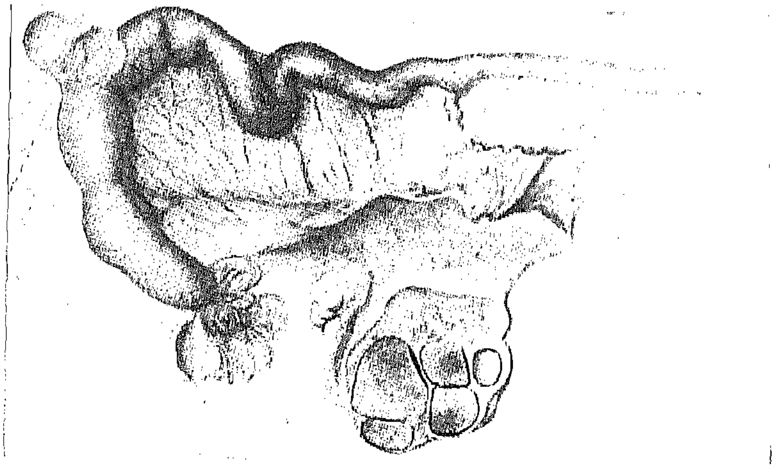
غیر طبعی محل: بےجائی مبیض (Ectopia Ovarii)۔ اس قسم کے کئی ایک واقعات درج کئے جاچکے ہیں جن میں مبیض اپنے طبعی خط نزول کے، جو حوض کی طرف آتا ہے، کسی نقطہ پر شکم ہی میں محبوس ہو کر رہ گیا تھا۔ علاوہ ازیں چند مثالوں میں یہ خلقی فتق کے تاجیہ میں بھی پایا جاچکا ہے (دیکھو شکل ۱۱۹)۔ یہ یاد رہنا چاہیے کہ فتق کی اکتسابی قسم میں بھی مبیض کا فتق 161

قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔ شکمی حیض سے کوئی سریریاتی نتائج پیدا نہیں ہوتے۔ بخلاف اس کے یہ عنفم کا باعث ہو سکتا ہے، جیسا کہ ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) نے حال ہی میں دو مریضوں میں دیکھا تھا۔ ان دونوں مثالوں میں حیض بے قاعدہ اور بافراط آتا تھا۔ بیضین متطول اور کلاں تھے، مگر ان کی بناوٹ صبیانی تھی۔ حیض کا خلقی فتق محض بلوغ کے بعد ہی تکلیف دہ ثابت ہوتا ہے، جبکہ اس سے درد اور التہاب پیدا ہو جاتی ہے، جو ایام حیض میں اور بڑھ جاتی ہے۔

فلوپی نلیوں کے تشوہات

(MALFORMATIONS OF THE FALLOPIAN TUBES)

مستزاد نلیاں اور زائد شکمی دہنے۔ صادق مستزاد (supernumerary) نلی نہایت ہی نادر الوقوع ہے، اور یہ امر بھی مشتبہ ہے کہ آیا اس کے کسی قابل اطمینان واقعہ کا



شکل ۱۱۰۔ نلی کا کم تکون (hypoplasia)۔ نلی کی پیچیدگی جنین میں طبعی اور بالغوں میں غیر طبعی ہوتی ہے۔ اس کی دیواریں طبعی طور پر پتلی ہوتی ہیں۔ جھالروں کے قریب مارگینی کے کیسہ (ہائیڈیٹیڈ آف مارگینی) کا ایک چھوٹا سا دویرہ موجود ہے، نیز انتفاخ سے بھی ایک باریطونی دویرہ چپکا ہوا ہے۔

اندراج بھی ہُوا ہے یا نہیں۔ بخلاف اس کے زائد دہنے نسبتہً کثیر الوقوع ہیں۔ اور امتحان بعد الموت کے اندراجات کے مطابق سہ تا ۸ فیصدی واقعات میں پائے جاتے ہیں۔ ایسے زائد دہنوں کی تعداد چھ تک بھی ہوتی ہے' گو ایک سے زیادہ زائد دہنوں کا وجود قلیل الوقوع ہے۔ یہ بالعموم ظہری سطح پر واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۹۵ صفحہ 77)۔ جھالروں (fimbriæ) کی سجاف ہمیشہ موجود ہوتی ہے گو اس کے صفات اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ اکثر مثالوں میں نلی کے دردنہ کے ساتھ ان کا کوئی ربط نہیں ہوتا۔ زائد دہنہ بعض اوقات مسدود ہوکر متسع ہو جاتا ہے جس سے ایک قسم کا انبوبی دوبیرہ پیدا ہو جاتا ہے (دیکھو صفحہ 623)۔ امراضیاتی تغیرات کا محل ہونے کے علاوہ زائد دہنوں کی کوئی سریریاتی اہمیت نہیں۔

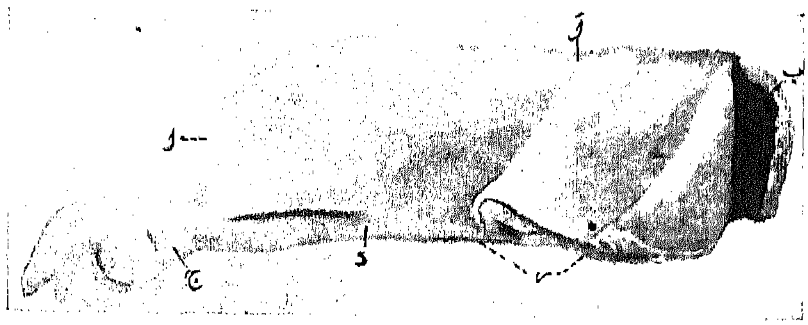
فلوپی نلیوں کے نقائص۔ دونوں نلیوں کی مکمل عدم موجودگی بہت ہی نادر الوقوع ہے۔ لیکن ڈبلیو۔جی۔سپنسر (W.G. Spencer) نے دو واقعات بیان کئے ہیں جن میں نلیوں کی جگہ ہر ایک قرن الرحم پر مٹر کے دانہ کی مانند ایک ایک جسم موجود تھا' اور مبیضین اور رحم طبعی تھے۔ یہ دونوں مریض شدید ماہواری درد کی شکایت کرتے تھے' لیکن انکو حیض کبھی نہیں آیا تھا۔ انکی تکلیف عملیہ سے رفع ہوگئی جس سے کہفۂ رحم اور باریطون کے درمیان ربط پیدا کر دیا گیا تھا۔

"ناقص النمو" نلیاں تقریباً اتنی قلیل الوقوع نہیں جتنی مؤخر الذکر حالت ہے۔ اسکی کئی ایک حالتیں درج کی جاچکی ہیں۔ بعض میں اندرونی (رحمی) حصہ غیر مکمل پایا گیا ہے' اور ایک واقعہ میں جس کا اندراج ہم میں سے ایک (سی۔ایل) نے کیا ہے صرف شکمی دہنہ اور متعہ 162
(infundibulum) ہی موجود تھے (دیکھو شکل ۱۱۹)۔ بعض میں صرف اندرونی حصہ ہی موجود تھا' اور نلی قرن الرحم سے ۲ انچ کے فاصلہ پر دفعتہً ختم ہو جاتی تھی۔ دو قرنی یک عنقی رحم (uterus bicornis unicollis) میں ناقص النمو قرن کی تناظری نلی اکثر غیر مکمل حالت میں ہوتی ہے۔

نلی کے عطفات (Diverticula of the Tube)۔ جنینی زندگی کے متاخر نصف میں نلی طبعی طور پر پیچیدہ ہوتی ہے' لیکن زمانۂ طفولیت میں جوں جوں حوض کی جسامت بڑھتی جاتی ہے یہ سیدھی ہوتی جاتی ہے۔ بعض اوقات موقوف نمو کی حالتوں میں اور اعضائے تناسل کے شدید تشوہ کے ساتھ ایک مرغولی نلی بطور جنینی تشوہ کے پائی جاتی ہے۔ نلی کی جنینی پیچیدگی کے مستقل طور پر باقی رہ جانے کو اس کی تکثیف یافتہ حالت سے جو التہاب انبوبہ کا نتیجہ ہوتی ہے

خلط ملط نہ کرنا چاہیئے۔ اس کا ذکر آئندہ کیا جائے گا۔

خلقی عطفات (diverticula) میں نلی کی تمام دیوار شامل ہوتی ہے، اور یہ محض درونہ کے عطفات نہیں ہوتے جو دیوار میں چلے جاتے ہیں۔ جب نلی کی غشائے مخاطی اس کے عضلیہ (muscularis) میں گھستی ہوئی پائی جائے تو اس سے مزمن التہاب انبوبہ (chronic salpingitis) ظاہر ہوتا ہے، اور خلقی غیر طبعی حالت ظاہر نہیں ہوتی۔



شکل ۱۱۹۔ فلوپی نلی کے اندرونی دو تہائی حصہ کی عدم موجودگی۔ ا۔ آ۔ مبیض۔ ب قرن الرحم۔ ج۔ نلی کا انتفاخی حصہ۔ د۔ اُس محل کے نشان کو ظاہر کرتا ہے جہاں نلی ختم ہوتی ہے۔ س۔ رباط مستدیر پھیلا دیا گیا ہے۔ مذکورہ بالا تمام ساختیں ایک دائیں اربی فتق کے ناجیہ کے مشمولات میں سے ہیں۔

جو خفیف سے نموی نقائص گاہے گاہے پائے جاتے ہیں وہ مرغولی تلافیف کی، جو جنین میں طبعی ہوتے ہیں، برقراری (انبوبہ کا کم تکون hypoplasia tubæ: دیکھو شکل ۱۱۸)، انبوبی سرحلہ کی عدم ہدبیت اور نلی کی عدم قنالیت ہیں۔ موخر الذکر حالت میں نلی ڈورے کی طرح ٹھوس رہتی ہے، اور یہ حالت بہت قلیل الوقوع ہے۔

بعض اوقات نلی کی غیر وضعیتیں (displacements) بھی پائی جاتی ہیں۔ اور ان کی مثالوں کی زیادہ تر تعداد فتق کے مریضوں میں پائی جاتی ہے۔ گرہم ہی سے ایک (سی۔ ایل) نے ایسی مثال بھی درج کی ہے جس میں نلی اپنے رفیق مبیض کے ساتھ دائیں قطنی خطہ میں واقع تھی۔ اس واقعہ میں رحم کا دایاں نصف نمو نا یافتہ تھا اور رحم

یک قرنی (unicornute) تھا۔ بونیر (Bonnaire) اور ڈرنیٹ (Durnate) نے بھی ایک واقعہ کا ذکر کیا ہے جس میں دایاں مبیض اور اس کی متناظر نلی متناظر قطنی خطہ میں واقع تھے، لیکن اس مثال میں رحم طبعی تھا۔ یہ حالت زیادہ قابل توجہ ہے کیونکہ اس میں دایاں عریض رباط غائب تھا۔

163 حصۂ دوم - بابِ دوم

فسادات فعل

حیض

اس باب میں مندرجۂ ذیل حالتیں بیان کی جائیں گی:۔

(۱) بے طمثیت (amenorrhœa) اور قلتِ طمث (oligomenorrhœa)۔

(۲) طمث بدیلی (vicarious menstruation)۔

(۳) کثرت طمث (menorrhagia) اور متجانس رحمی نزف۔

(۴) دردِ حیض۔

(۵) بین حیضی درد۔

بے طمثیت اور قلت طمث

(AMENORRHŒA AND OLIGOMENORRHŒA)

"بے طمثیت" (amenorrhœa) سے اُس ماہوار نزفی مواد کے سیلان کی عدم موجودگی مراد ہے جو رحم سے ہوتا ہے، اور طبعی پختہ صنفی نمو و فعل کا ممیز خاصہ ہے۔ جب یہ سیلان موجود ہو مگر اس کی مقدار مسلمہ معیارات کے مقابلہ میں کم ہو تو "قلت طمث" (oligomenorrhœa) کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔

طبعی عمل حیض کے قیام کے لئے مندرجۂ ذیل اسباب کی موجودگی لازمی ہے:۔ رحم اور

خاص کر دروں رحمہ (endometrium) مکمل طور پر نمو یافتہ ہو، مبیضین پختہ ہوں، اور ان میں تبویض باقاعدہ اور طبعی طور پر واقع ہوتی ہو، اور معین تناسلی غدد یعنی درقیہ (thyroid) اور نخامیہ (pituitary) کا مقدم تختہ اپنا طبعی فعل موزوں طور پر سر انجام دیتے ہوں۔ اس نظام کے کسی ایک حصہ کے تعطل یا سوء فعل سے جو سوء نمو یا مرض سے پیدا ہوا ہو فعل حیض میں بہت بڑے تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔

بلوغ سے قبل، انقطاع الطمث کے بعد، دوران حمل میں، اور اکثر زمانہ رضاعت میں بھی فعل حیض کی عدم موجودگی ایک طبعی حالت ہے۔

سن طفولیت اور پیرانہ سالی اور زمانہ تولید کی بے طمثیت کو فعلیاتی بے طمثیت کے نام سے موسوم کیا جا سکتا ہے۔ نیز اس کی ایک اور قسم کو بھی خاص طور پر تمیز کرنا چاہئے یعنی وہ قسم جس میں مواد حیض طبعی مقدار میں پیدا ہونے کے باوجود نمو کے نقائص کی وجہ سے تناسلی قنال میں سے خارج نہیں ہو سکتا۔ یہ قسم طمث مخفی (cryptomenorrhea) (پوشیدہ حیض) کے نام سے تعبیر کی جاتی ہے۔ یہ صاف ظاہر ہے کہ یہ حالت صادق بے طمثیت سے بہت مختلف ہے۔ جس میں کہ حیضی نزف غائب ہوتا ہے، اور رحم میں لازمی حیضی تغیرات واقع نہیں ہوتے۔ صادق امراضیاتی بے طمثیت کے مریضوں کو دو جماعتوں یعنی ابتدائی اور ثانوی میں تقسیم کرنا مناسب ہے۔ قبل الذکر جماعت ان مریضوں پر مشتمل ہے جن میں فعل حیض کی کبھی ابتداء ہی نہیں ہوتی۔ اور موخر الذکر جماعت میں وہ تمام مریض شامل ہیں جن میں یہ غیر طبعی حالات کے زیر اثر بند ہو جاتا ہے۔ یہ نہایت مناسب ہو گا کہ طمث مخفی کو ابتدائی بے طمثیت کی جو نمو کے نقائص کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے، ایک قسم کے طور پر بیان کیا جائے۔

ابتدائی بے طمثیت

(PRIMARY AMENORRHEA)

یہ حالت چند ایک خلقی نقائص کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے جن میں سے بعض لا علاج ہوتے ہیں۔ نیز یہ بعض عضوی فسادات کی وجہ سے بھی پیدا ہوتی ہے جن کا علاج کسی حد تک کیا جا سکتا ہے۔ 164

ا۔ نموی اسباب

(ا) بیضین۔ بیضین کی عدم موجودگی یا انکا ناقص نمو۔

(ب) رحم۔ کمی نمو مثلاً ناقص النمو رحم (u. rudimentarius) اور رضیعی رحم (u. infantilis) کی حالتیں (صفحہ 145)۔

(ج) عنق اور مہبل کی بے انثقابی کی حالتیں جن سے طمث مخفی کی حالت پیدا ہوتی ہے۔

(د) دروں افرازی غدد (سنخامیہ، درقیہ اور بیض) کے افرازات کی قلت یا اُن کا سوءِ فعل۔

(س) فعلیاتی راجع الی السلف خواص (physiological atavistic characters)۔

۲۔ دیگر اسباب

(ا) آجل بلوغ۔

(ب) سوءِ تغذیہ۔ عصبی خستگی اور بے دمویت۔

(ج) تدرّن (tuberculosis) خواہ عمومی ہو یا رحم اور بیضین کا۔

۱۔ نموی اسباب۔ یہ اسباب مریضوں کے ایک اہم اور دلچسپ گروہ میں مرض کا باعث ہوتے ہیں۔ بیضین کے خلقی نقائص بہت نادرالوقوع ہیں۔ ایک بیض کی عدم موجودگی عملِ حیض پر قطعاً اثر انداز نہیں ہوتی۔ اور دونوں بیضوں کی عدم موجودگی جنینی مسخ طبیت (fœtal monstrosity) کی چند قسموں کے علاوہ جو رحم سے باہر زندہ نہیں رہ سکتیں، نہایت ہی قلیل الوجود ہے۔ صرف محتاط امتحان بعد الموت کے ذریعہ ہی سے اس نقص کی تشخیص وثوق کے ساتھ کیجا سکتی ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ بیضین کے کسی اور جگہ واقع ہونے کے باعث ان کا سریریاتی امتحان میں، یا حوض کے جراحی استقصاء کے دوران میں بھی، مشاہدہ نہ ہو سکے۔ بیضین کی ایک ناقص النمو حالت بھی پائی جاتی ہے جس میں گرافی جرابات موجود نہیں ہوتے۔ یہ حالت بعض اوقات خلقی ہوتی ہے، اور بعض اوقات یہ زمانہ طفولیت کے کسی مرض کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہوتی ہے، اور ہر حالت میں یہ بلاشبہ لاعلاج ہوتی ہے۔ سنخامیہ کے مقدم لخت کے خلاصہ جات کا استعمال کرانے سے، ناقص التکوّن بیضوں کو ہیجان پہنچا کر فعلی نمو کی حالت میں لانے کی حال ہی میں کوشش کی گئی ہے۔ بیض کے اندرونی افراز کی

قلت کا نام "زیر بیضیت" (hypo-oöphorism) رکھا گیا ہے۔ لیکن یہ اغلب ہے کہ اس قسم کا سوءِ فعل نخامیہ کے مقدم لختہ کی فعالیت کے نقائص کا نتیجہ ہو۔

ناقص النمو رحم (rudimentary uterus) ایک چھوٹا سا لیفی جسم ہوتا ہے جو بالعموم ٹھوس ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات اس میں ایک غیر مکمل کہفہ بھی موجود ہوتا ہے۔ رضیعی رحم (infantile uterus) میں جنینی خواص (بڑی عنق اور نسبتاً چھوٹا جسم) برقرار رہتے ہیں (دیکھو شکل ۸۳ صفحہ 63)، لیکن اس میں ایک کہفہ ہمیشہ موجود ہوتا ہے جس کا استر غشائے مخاطی کا ہوتا ہے۔ قبل الذکر حالت مکمل اور لاعلاج بے طمثیت کا باعث ہوتی ہے، اور موخر الذکر میں نمو ایک معین حد تک ترقی یافتہ ہوتا ہے جس سے ایک غیر مکمل عمل حیض شروع ہو جاتا ہے (قلت حیض: oligomenorrhoea)۔ نام نہاد "حلزونہ نما رحم" (cochleate uterus) (صفحہ 146) کا شمار بھی اسی قسم میں ہوتا ہے۔ اگر کسی مریضہ میں رضیعی رحم سن بلوغ پر یا اس کے جلد بعد شناخت کیا جائے تو یہ ممکن ہے کہ نخامی اور تناسلی ہارمونی تجہیزات کا باقاعدہ اور مناسب استعمال رحم کے ثانوی نمو کو ترقی دینے کے لئے کارآمد ثابت ہو، اور ان کی ضرور مکمل آزمائش کرنا چاہئے۔ ایسے مریض قاعدۃً سن بلوغ کے گذرنے کے بہت عرصہ بعد مشاہدہ میں آتے ہیں جبکہ علاج کا مناسب موقع گذر چکتا ہے۔

ابتدائی بے طمثیت کے ایک اور نموی سبب یعنے معین تناسلی غدد کے نقائص کا ذکر کرنا ضروری ہے۔ اس قسم کے ایک ضرر کی طرف بہت سی سرسری توجہ دی گئی ہے۔ اور یہ قماءت (cretinism) ہے جو غدہ درقیہ کے ناقص نمو سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ حالت لڑکیوں میں لڑکوں
کی نسبت زیادہ پائی جاتی ہے، اور اس سے ذہنی اور جسمانی نمو میں ایک نمایاں قلت پیدا ہو جاتی ہے۔ 165
اس حالت میں بے طمثیت اکثر پائی جاتی ہے، لیکن یہ اس کی دائمی علامت نہیں۔ اور جب یہ موجود ہوتی ہے تو اس کے ساتھ بیضین کے گرافی جرابات کا نمو بھی ناقص پایا جاتا ہے۔ قلت طمث کی حالتیں جن میں حیض قلیل المقدار ہوتا ہے، اور شاذ وقفوں کے بعد آتا ہے ان لڑکیوں میں بھی دیکھنے میں آتی ہیں جن میں زیر درقیت (hypothyroidism) اور زیر نخامیت (hypopituitarism) کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ اس قسم کی لڑکیاں فربہ اور کاہل ہوتی ہیں، اور ان کے خط و خال موٹے ہوتے ہیں، گو دیگر لحاظات سے یہ بخوبی نمو یافتہ ہوتی ہیں۔

اخیر میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ فعلیاتی وظیفہ کے سلسلہ میں بھی خلقی نقائص اسی طرح واقع ہو سکتے ہیں جس طرح کہ تشریحی ساختوں کے سلسلہ میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ بالعموم

راجع الی السلف (atavistic) اصولوں کی متابعت کرتے ہیں، اور ان کی ایک نہایت ممتاز مثال ''طمثِ ابیض'' (White Menstruation) ہے۔ جن عورتوں میں یہ خلاف قاعدگی پائی جاتی ہے ان میں فعلِ حیض طبعی طریقہ پر کبھی انجام نہیں پاتا، یعنی دروں رحمہ (endometrium) سے کوئی نزف واقع نہیں ہوتا، گو تناسلی اعضا کی بناوٹ اور ساخت میں کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی۔ ایسے موضوعات میں معمولی مجہوداتِ حیض (molimina) پائے جاتے ہیں جو پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) کی ابتدا سے تعلق رکھتے ہیں، مگر بعد میں جو مواد خارج ہوتا ہے وہ صرف رحم کے غدد کے افراز پر ہی مشتمل ہوتا ہے۔ نہ تو دروں رحمہ میں تنخر رونما ہوتا ہے، اور نہ کوئی خارجی نزف ہی واقع ہوتا ہے۔ اس حالت کی متناظر مثال کا مطالعہ کسی کثیر شبقی پستانیہ (polyœstrus mammal) مثلاً مرینو بھیڑ کے تناسلی دور پر غور کرنے سے کیا جاسکتا ہے جس میں دو شبقی دور (diœstrus cycles) قلیل المدت ہوتے ہیں، اور کاذب حمل کے انجام پر بافتوں کا تنخر نہیں پایا جاتا۔ اسی قسم کے راجع الی السلف فعل کے قلیل الاہمیت مدارج انواعِ انسان میں قلیل الوقوع نہیں۔ ان موضوعات میں نزفِ حیض کی مقدار بہت کم ہوتی ہے، اور بعض اوقات یہ صرف چند گھنٹے ہی جاری رہتا ہے۔ بخلاف اس کے ایسا بھی ہوتا ہے کہ ماہواری ایام کے درمیان بے طمثیت کے بظاہر طویل المدت وقفے پائے جاتے ہیں۔

بے طمثیت (amenorrhœa) کی اس قسم کو شناخت کرنے کی اہمیت یہ ہے کہ تبویض (ovulation) طبعی ہوتی ہے، اور اس لئے باروری میں کوئی نقص واقع نہیں ہوتا۔ لہٰذا ابتدائی بے طمثیت کی کسی مریضہ میں محتاط طبیعی امتحان کرنے کے بغیر حمل کے امکانات کے متعلق کسی قسم کی کوئی رائے ظاہر کرنا قرینِ عقل نہیں۔ اگر کوئی جلی مقامی تشریحی بدشکلی موجود نہ ہو تو ایسی بے طمثیت حقیقی ہونے کی بجائے ظاہری ہوتی ہے، اور جو دروں رحمی تنخر عام طور پر واقع ہوتا ہے اس کا انقطاع وقوع صرف راجع الی السلف ہوتا ہے۔

حیض کی کچھ اسی قسم کی ایک اور خلاف قاعدہ حالت ''طمثِ بدیلی'' (vicarious menstruation) ہے۔ اس کا ذکر آئندہ کیا جائیگا (دیکھو صفحہ 173 و 174)۔

طمثِ مخفی (Cryptomenorrhœa)۔ اس حالت کے پیدا ہونے کے لئے یہ ضروری ہے کہ حیض کے لازمی اعضا یعنی رحم اور بیضین بخوبی نمو یافتہ ہوں، اور تسدد کا کوئی نہ کوئی سبب تناسلی قنال کے حصۂ زیرین میں موجود ہو جو موادِ حیض کو خارج ہونے سے روکتا ہو۔ تسدد

فمِ داخلی سے نیچے قنال کے کسی حصہ میں بھی پایا جاسکتا ہے، اور اس کا عام ترین محل دہنۂ مہبل (ostium vaginae) ہے۔ حیض کا محبوس مواد قنال کو محلِ تسدد سے اوپر متسع کر دیتا ہے۔ چنانچہ جب تسدد فرج پر واقع ہو تو مہبل ایک بہت بڑی حد تک متسع ہوجاتی ہے۔ جب کبھی سیال بہت بڑی مقدار میں موجود ہوتا ہے تو رحم بھی پُر ہوجاتا ہے اور زائد سیال فلوپی نلیوں میں سے بہ نکلتا ہے۔ نلیوں میں سے خون پہلے پہل کہفۂ باریطون میں ٹپکتا ہے، لیکن اس کے بعد شکمی دہنے مسدود ہوجاتے ہیں، اور نلیوں میں بھی خون جمع ہوجاتا ہے جو کم و بیش نمایاں طور پر متسع ہوجاتی ہیں۔

تسدد کا عام ترین محل دہنۂ مہبل ہے۔ گاہے گاہے مہبل کے ثلثِ وسطی اور عنق میں
166 تسدد پایا جاتا ہے، لیکن اول الذکر کے مقابلہ میں موخر الذکر محلات پر یہ بہت نادر الوقوع ہوتا ہے۔ دہنۂ مہبل پر یہ صرف ساد ڈایا فرام کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے جسے غیر منثقب پردۂ بکارت (imperforate hymen) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ (دیکھو صفحہ 154 و 155)۔

دہنۂ مہبل کا تسدد گاہے گاہے زمانۂ شیرخوارگی ہی میں التہابِ مہبل سے پیدا ہوجاتا ہے جس سے مقابل کی سطحیں ایک دوسرے سے چپک جاتی ہیں۔ اس قسم کی مسدودیت بالعموم غیر مکمل ہوتی ہے، اور اس سے اختفائے حیض پیدا نہیں ہوتا (دیکھو شکل ۱۱۰)۔ بعض اوقات سن بلوغ میں انغشاث (sloughing) اور اس کے مابعد ندبی انقباض سے مہبل یا عنق میں مسدودیت پیدا ہوجاتی ہے، مگر یہ شاذ و نادر ہی ظلمتِ مخفی کا باعث ہوتی ہے۔

مجتمع خونِ حیض تمام مہبل کو متمدد کر دیتا ہے (مہبلی اجتماع الدم: haematocolpos) جو بتدریج اس قدر متسع ہوجاتی ہے کہ اس میں دو سے تین پائنٹ تک سیال موجود ہوتا ہے۔ بڑا سا مہبلی اجتماع الدم گنبد نما شکل کا ہوتا ہے جو شکم پر سے جس پذیر ہوتا ہے۔ اور بعض اوقات ناف تک بلند ہوجاتا ہے، اور تمام کہفۂ حوض کو پُر اور معائے مستقیم کو مضغوط کر دیتا ہے، یہاں تک کہ قنالِ مبرز بھی کبھی کبھی متمدد ہوجاتی ہے۔ رحم اور اس کے ساتھ ہی نلیاں اور بیضیین بھی مرتفع ہوجاتے ہیں، اور اکثر اوقات خارجی امتحان پر ورمِ شکم کی چوٹی پر منکمش محسوس کئے جاسکتے ہیں (دیکھو شکل ۱۱۲)۔

جوں جوں مہبل کی مقدم دیوار متمدد ہوتی جاتی ہے مبال طویل ہوتا جاتا ہے، اور مثانہ اوپر کی طرف اٹھتا جاتا ہے، حتیٰ کہ یہ تمامہ ایک شکمی عضو بنجاتا ہے۔ قنالِ عنق کا حصۂ زیرین اکثر اوقات متسع پایا جاتا ہے، لیکن خونِ حیض کا اجتماع رحم اور فلوپی نلیوں میں صرف شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آیا ہے۔ بہرکیف اس امر کے امکان کا خیال رکھنا چاہئے کیونکہ اس کی سریریاتی اہمیت

متمدد ہو جاتی ہے۔

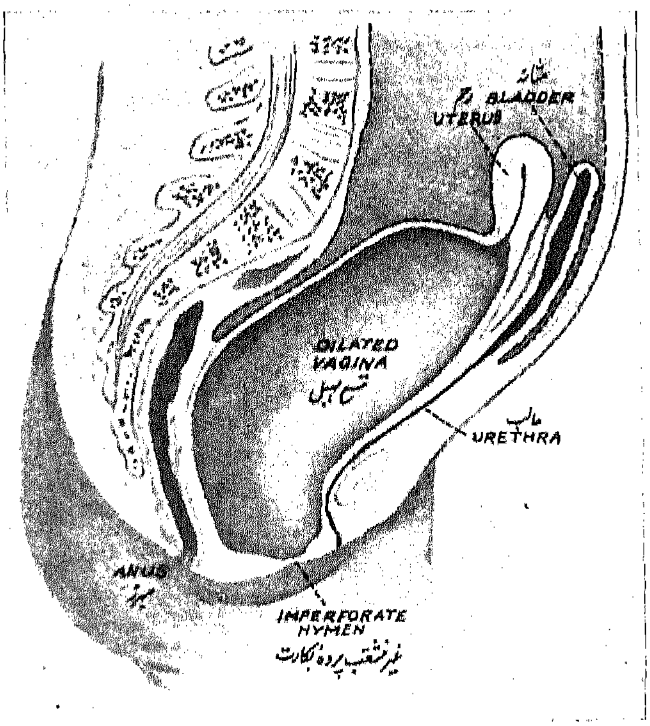
سریریاتی خصائص۔ متذکرہ حالت تقریباً پندرہ سے لیکر اٹھارہ سال تک کی لڑکیوں میں پائی جاتی ہے۔ اجتماعِ سیال کی رفتار سیلانِ حیض کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ جب محبوس سیال بتدریج جمع ہو رہا ہو تو ممکن ہے کہ حیض نہ آنے کے علاوہ اور دوسرے کوئی علامات موجود نہ ہوں، اور اس صورت حالات کی طرف توجہ مبذول ہونے سے پیشتر مریضہ کی عمر سترہ یا اٹھارہ سال کی ہو جائے۔ جب اجتماعِ خون تیزی سے ہو رہا ہو تو دردِ شکم کے نوبتی حملے اکثر پائے جاتے ہیں، اور اس قسم کے مریض کم عمری ہی میں زیرِ مشاہدہ آجاتے ہیں۔ درد کے حملے ایامِ حیض کے ساتھ بظاہر متناظر معلوم ہوتے ہیں، اور بلاشبہ تازہ نزف سے پیدا ہوتے ہیں جس سے پہلے ہی سے متمدد مہبل کے تناؤ میں بسرعت اضافہ ہو جاتا ہے۔ مگر یہ حملے ہر ماہ لازمی طور پر نہیں ہوتے بلکہ کم و بیش طویل اور بے قاعدہ وقفوں پر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ان کے ساتھ ہی تپش کی زیادتی بھی مشاہدہ میں آتی ہے، اور اس قسم کی حالتیں کا ہے گا ہے غلطی سے التہاب کے وہ متوالی حملے تصور کر لی جاتی ہیں جو زائدہ (appendix) کے سلسلہ میں ہوتے ہیں (سائرڈےله :Siredey)۔ مزمن مریضوں میں شکم کی کلانی دیکھنے میں آتی ہے جو بتدریج واقع ہوتی ہے، اور بعض اوقات احتباسِ بول کے حملے بھی ہو جاتے ہیں، اگرچہ یہ بہت نادر الوقوع ہیں۔ ان حملوں کی توجیہ مثانہ اور مبال کے سابق الذکر تغیرات سے ہوتی ہے۔

شکم کا امتحان کرنے پر زیر معدی خطہ میں ایک گنبد نما، لچک دار، مثبتت ورم محسوس کیا جا سکتا ہے جس کی محدب چوٹی پر ایک ٹھوس حرکت پذیر جسم ہوتا ہے جو رحم کو ظاہر کرتا ہے۔ اگر مثانہ متمدد ہو تو اس کی مقدم طرف کو پوشیدہ کر دیتا ہے۔ اور جب یہ عضو خالی ہوتا ہے تو ورم امعاء کی گنڈلیوں کی وجہ سے جو اس کے اور دیوارِ شکم کے درمیان حائل ہوتی ہیں قرع پر زیر رنان (subresonant) ہوتا ہے۔ مہبل کا امتحان کرنے پر شفرتین طبعی حالت میں پائے جائیں گے، اور غشائے ساد کے خواص بآسانی نظر آجائیں گے۔ عجانی جسم میں کبھی کبھی پروز پایا جائے گا، اور مہبل کے انتہائی تمدد کی حالت میں مبرز کسی قدر مرتخی ہو گی۔ مستقیمی امتحان پر انگلی سے ایک تنیدہ ورم شناخت کیا جائے گا جس سے کہفۂ حوض کم و بیش مکمل طور پر پُر ہو گا، اور ممکن ہے کہ

له Franco-British Medical Review, Vol. VIII., No. 1.

167 امعاء کا یہ حصہ بھی اس سے مضغوط ہو گیا ہو۔

مہبل کی خلقی بے انثقابی (congenital vaginal atresia) جو احتباسِ سیالِ حیض کا باعث ہوتی ہے مسدود بیت فرج کی نسبت بہت قلیل الوقوع ہے۔ غیر منثقب



شکل ۱۲۰۔ مہبلی اجتماع الدم (ہیمیٹو کالپاس) (ڈگلنگ و رتھو کے مطابق)۔ قنالِ عنقِ بھی فم داخلی کے لبوں تک متسع ہو گئی ہے۔ مبال کے تطول اور جسمِ رحم اور مثانہ کے ارتفاع کو غور سے دیکھئے۔

پردۂ بکارت کی نسبت بے انثقابی مہبل کے ساتھ اکثر اوقات دیگر نقائص بھی موجود ہوتے ہیں جو عمل حیض کی ابتداء کے ساتھ متناقض ہوتے ہیں، لہٰذا ان مریضوں میں ایک سے سریریاتی علامات موجود نہیں ہوتے۔ مہبل کے زیرین ایک تہائی حصہ کی بے انثقابی سے مہبلی

اجتماع الدم (hæmatocolpos) پیدا ہو سکتا ہے جس کا نیچے کا سرا فرجی تہ انبان سے یعنی بافت کے ایک فاصل سے علیحدہ ہوتا ہے جس کی دبازت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ اگر رحم اور بیض کا نمو طبعی ہو تو مہبل کے بالائی حصہ کی بے انثقابی سے احتباسِ خون صرف رحم ہی میں واقع ہو گا۔

عنق کی خلقی بے انثقابی (congenital atresia of the cervix) ایک نادر الوقوع حالت ہے۔ بعض اوقات یہ تضاعف رحم کی حالتوں میں پائی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 147) جبکہ کہفۂ رحم کی ایک قسمت کا مخرج مسدود ہو اور اس سے رحمی اجتماع الدم (hæmatometra) پیدا ہو جاتا ہے جو دوسرے رحمی قرن کے جو طبعی طور پر نمو یافتہ ہوتا ہے دوش بدوش موجود ہوتا ہے۔ تاوقتیکہ تضاعف رحم کی شناخت نہ ہو جائے رحمی اجتماع الدم کی اس قسم کو سریری طور پر معلوم کرنا بہت مشکل ہوتا ہے کیونکہ یہ ممکن ہے کہ رحم کے دوسرے نصف سے حیض طبعی طور پر آتا ہو۔ عنق کی اکتسابی بے انثقابی (acquired atresia) اس سے بھی زیادہ نادر الوقوع ہے اور عنق کے تراشی عملیہ مثلاً بتر کے نتیجہ کے طور پر پائے جانے کے علاوہ شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتی ہے۔

168 غیر منثقب پردۂ بکارت کا علاج غشائے سادیں معدوم جس کے زیر اثر سخت دافع عفونتی احتیاط سے شگاف دینے پر مشتمل ہے۔ یہ شگاف چاقو سے یا حراری مکوات (thermo - cautery) سے دیا جاتا ہے۔ محبوس سیال کی رنگت تاریک سرخ یا سرخی مائل بھوری ہوتی ہے اور اس کی بستگی لزج ہوتی ہے اور یہ آہستہ آہستہ باہر کی طرف بہتا ہے۔ اس کی لزوجیت کی وجہ سے نطول (douche) کی مدد سے بھی اس کو مکمل طور پر الگ کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اس کے بعد غشائے ساد کے بقیہ حصے قینچی سے کاٹ دئے جاتے ہیں اور کنارے ٹانکے سے ملا دئے جاتے ہیں۔ مہبل کے خالی ہوتے ہی احتیاط سے دو دستی امتحان کرنا چاہئے اور عنق کے درجۂ انفتاح اور رحم کی جسامت اور قاذفی نلیوں کی حالت معلوم کر لینا چاہئے۔ اگر رحم اور نلیوں میں کوئی اجتماع خون نہ ہوا ہو تو قنال مہبل کو نطول سے حتی الامکان مکمل طور پر صاف کر دینا چاہئے اور دیوار ہائے مہبل سے اس لیس دار سیال کو دور کرنے کے لئے کوئی معقم قلوی محلول نہایت مناسب ہوتا ہے۔ بعد میں فرج کو جراحی طور پر صاف رکھنے اور مواد کو دافع عفونتی روئی کی گدیوں پر لینے کے لئے بہت احتیاط مطلوب ہوتی ہے۔

اگر سیالِ حیض رحم میں جمع ہو چکا ہو تو یہ از خود کچھ عرصہ میں باہر بہ آئے گا۔ کہفۂ رحم کو

نلوں سے صاف نہ کرنا چاہیئے، کیونکہ اگر نلیاں کسی قدر عریض ہوگئی ہونگی تو ان میں نلوں کے سیال کے داخل ہوجانے کا خطرہ ہوگا۔ چونکہ قنال مہبل کو زیادہ عرصہ کے لئے عقیم رکھنا ممکن نہیں اس لئے رحمی اجتماع الدم (hæmatometra) کی حالت میں عفونت کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔ اور اگر ممرض عضویات داخل ہوجائیں تو یہ حالت صعودی سرائت کی ترقی کے لئے خاص طور پر موافق ثابت ہوتی ہے۔

اگر نلیاں متسع پائی جائیں تو شکم میں فوراً انشگاف دیکر نلیوں کی حالت کا باحتیاط امتحان کرنا چاہیئے۔ معیاری تدبیر یہ ہے کہ مختوم نلیوں کو کھولنے اور ان سے خون نکالنے کے بعد مصنوعی شکمی دہنہ بنا دیا جائے (دیکھو صفحہ 825)۔ مگر بعض اوقات نلیوں اور رحم کو دور کر دینا بھی ضروری ہوتا ہے۔ بیضین کو رہنے دینا چاہیئے کیونکہ یہ تقریباً تمام مریضوں میں تندرست ہوتے ہیں۔

۲۔ ابتدائی بے طمثیت کے عمومی اسباب۔

(ا) بلوغ آجل (Delayed Puberty)۔ اس حالت میں ابتدائے حیض کا فقدان اُن تغیرات کی عدم موجودگی یا ناقص تکمیل کو متلازم ہوتا ہے جو زمانۂ بلوغ میں طبعی طور پر پائے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 115)۔ چنانچہ پستان ناقص النمو رہتے ہیں، اور چربی کی فوق عانی گدی (جبل زہرہ :mons Veneris) ظاہر نہیں ہوتی۔ شفرین کبیر پر بال نہیں اُگتے، اور یہ پتلے اور وسطی خط پر کسی قدر کشادہ رہتے ہیں، جس کی وجہ سے شفرین صغیر دکھائی دیتے ہیں۔ صنفی پختگی تک پہنچنے سے پیشتر بعض اوقات بیس یا پچیس سال کی عمر ہوجاتی ہے، لیکن تاوقتیکہ کوئی شدید نموی نقص موجود نہ ہو، جس سے کہ مستقل "طفلیت" (infantilism) پیدا ہوجاتی ہے، ایسے افراد کا نمو بالآخر طبعی ہوتا ہے۔

سن بلوغ پر بے طمثیت کے اختلاف پذیر زمانے اکثر پائے جاتے ہیں، اور جب دونوں بیض اور رحم مکمل طور پر نمو یافتہ ہوجاتے ہیں اور طبعی طور پر فعل کرنے لگتے ہیں تو یہ حالت غائب ہوجاتی ہے۔ فعل حیض کی ابتدا پر غیر موزوں ماحول اور حد سے زیادہ دماغی اور جسمانی مشقت کا مضر اثر پڑنے کا احتمال ہوتا ہے۔ خراب غذا، ناکافی ورزش، تمام قسم کی حد سے زیادہ محنت اور دماغی پریشانی ایسے اسباب ہیں جن کا مضر اثر جہاں تک اس مرض کا تعلق ہے تناسلی مشارکی اور دروں افرازی انطلاقات کے باہمی تعامل سے پیدا ہوتا ہے۔

(ب) پہلے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ عدم دمویت آغاز حیض پر انقطاعی اثر کرتی ہے،

لیکن ہمارا تجربہ یہ ہے کہ اسے اس امر کا سبب قرار دینے میں مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔ اخضریت
(chlorosis) ان امراض میں سے ہے جو پہلے کثیر الوقوع تھے اور اب شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتے
ہیں۔ یہ مرض ناقص التغذیہ اور کمزور افراد میں جو غذائی فتورات کے مریض ہوں واقع ہوتا ہے' اور اکثر 169
حالتوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ آغاز حیض سے پہلے واقع ہونے کی بجائے اسکے بعد رونما ہوتا ہے۔

(ج) پھیپھڑوں کے تدرّن (tuberculosis) کی ترقی یافتہ حالتیں اور اکثر اوقات
شکمی تدرّن بھی ایسے مریضوں میں پائے جاتے ہیں جن میں آغاز حیض میں تاخیر واقع ہو جاتی ہے۔
موخر الذکر حالت میں مرض سے گرافی جرابات (Gräafian follicles) کے تباہ ہو جانے سے
اس امر کی توجیہ ہوتی ہے۔ عدم دمویت کی طرح یہ مرض بھی زیادہ تر سن بلوغ کے بعد پیدا ہوتا ہے'
اور اس سے پہلے پیدا نہیں ہوتا۔

ابتدائی بے طمثیت کا علاج۔ جب آغاز حیض کے اوسط سن کے بعد دو یا
تین سال گذر جائیں اور حیض نہ آئے تو مریضہ کے متعلق محتاط تحقیق کی ضرورت ہوتی ہے۔ عمومی صحت
کی حالت' بلوغ کے ممیز تغیرات کی موجودگی اور عمومی نمو ایسے امور ہیں جن کی طرف پہلے خیال کرنا چاہیئے۔
اگر امتحان کا یہ جزو منفی ثابت ہو تو مقامی امتحان کی ضرورت پڑتی ہے' اور اگر معائنہ پر فرج اور
دہنہ مہبل طبعی حالت پر پائے جائیں تو یہ امتحان معدم حس کے زیر اثر کرنا چاہیئے۔ جن ممکن الوجود نقائص
کا اوپر ذکر کیا گیا ہے اُن میں سے ایک ایک کے متعلق تحقیقات کرنا چاہیئے' اور انذار کا انحصار ضرر کی
نوعیت اور اس کے درجہ پر ہوتا ہے۔

درقیہ (thyroid)' نخامیہ (pituitary) کے مقدم لختہ یا صنفی ہارمون (sex hormone)
کی فعالیت کی قلت کا علاج درقی غدہ' نخامیہ کے خلاصہ جات (pituitary extracts)'
اور ایسٹرین (œstrin) کے پورے پورے فعلیاتی معتادات کا فرداً فرداً استعمال کرانے سے
کیا جاتا ہے۔ ان کے اثرات کا احتیاط سے خیال رکھنا چاہیئے' اور ممکن ہے کہ اس دروں افرازی
علاج کو کئی ایک ماہ تک جاری رکھنا پڑے۔ ابتدائی بے طمثیت کا کوئی نوعی علاج نہیں' لیکن
ایسٹرین اور نخامی غدہ کے صنفی ہارمونوں کا استعمال علم العلاج کے اس پہلو کے متعلق جو پہلے
بہت ناقابل اطمینان تصور کیا جاتا تھا' مزید معلومات حاصل کرنے کے لئے جدید تجربات کا
باعث ہوا ہے۔

ثانوی بے طمثیت

(SECONDARY AMENORRHEA)

اسباب

۱۔ (ا) عمومی لاغری جو حاد مرض سے پیدا ہوئی ہو، یا دوران نقاہیت میں مرض یا عملیہ کی وجہ سے موجود ہو۔

(ب) مزمن امراض مثلاً تدرن، ذیابیطس، ملیریا، صنفی اعضا کے علاوہ دوسر اعضا کا خبیث مرض، عدم دمویت وغیرہ کی شدید قسموں کے متاخر مدارج۔

۲۔ عمومی حالات مثلاً ماحول یا آب و ہوا کی تبدیلی، قبض، دفعتہً سردی لگ جانا وغیرہ

۳۔ بعض درون افرازی غدد کے فتورات، خاصکر نخامیہ اور درقیہ کے۔

۴۔ عصبی نظام کے فتورات جو خواہ مرکزی ہوں، مثلاً جنون اور ہسٹیریا وغیرہ کی مختلف قسمیں، اور خواہ معکوس جو عصبی صدمہ یا حد سے زیادہ دماغی یا جسمانی محنت وغیرہ کی قسم کے اسباب سے پیدا ہوتے ہیں۔

۵۔ مزمن سمومیت کی بعض قسمیں، مثلاً مارفیا (morphia) کھانے کی عادت یا دوسری دوا خوئیاں، مزمن الکحلیت، سیسہ سے پیداشدہ سمومیت وغیرہ۔

۶۔ مقامی حالتیں۔

(ا) رحمی ذبول (uterine atrophy)، مثلاً بیش التفاف (superinvolution)، یا قبل از وقت انقطاع الطمث۔

(ب) رحم یا بیضین کی جراحی علیحدگی۔

(ج) کہفہ رحم کا انطماس (obliteration) مثلاً اغشاث سے یا ریڈیم وغیرہ سے درون رحمہ کی تباہی کے بعد۔

(د) دوجانبی ٹھوس بیضی سلعات۔

170 حیویت کے نمایاں نقصان سے جو خواہ مرض حاد یا لاغری پیدا کرنے والے مرض کی وجہ سے ہوئی اور خواہ عصبی خستگی کی وجہ سے ہوئی فعل حیض عارضی طور پر معطل ہو جاتا ہے۔ یہ ایک

واقعہ ہے کہ کسی ایسی حالت سے جس سے قوائے جسمانی شدید طور پر متاثر ہوں صنفی فعل سب سے پہلے منقطع ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں حیض کے بند ہو جانے کا مطلب یہ ہے کہ تبویض موقوف ہو گئی ہے، اور جب صحت بہتر ہو گی تو یہ عمل بھی شروع ہو جائے گا۔ حادثات الریہ (نمونیا)، انفلوئنزا اور تپ محرقہ (typhoid) وغیرہ سے جو بے طمثیت پیدا ہوتی ہے وہ اسی قسم کی ہوتی ہے۔ اسی طرح جراحی عملیہ سے جس کے لئے یہ ضروری نہیں کہ وہ اعضائے حوض پر ہی ہو، خاص کر عصبی المزاج اور نہایت ذکی الحس عورت میں تبویض پر امتناعی اثر ہوتے اور اس سے حیض کے بند ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

مندرجہ بالا فہرست کی معتدبہ توسیع کی جا سکتی ہے، اور جن حالتوں کا اس میں ذکر کیا گیا ہے وہ محض مثالوں کے طور پر ہی بیان کی گئی ہیں۔ خارج الحوض مرض کا حیض پر غالباً کوئی نوعی اثر نہیں ہوتا۔ لیکن یہ کسی قدر صحیح معلوم ہوتا ہے کہ عملِ حیض ایک ایسا فعل ہے جو عمومی صحت کی نمایاں خرابی سے بآسانی موقوف ہو سکتا ہے۔ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس کے لئے کسی نوعی علاج کی ضرورت نہیں کیونکہ مریضہ کی صحت کے درست ہونے سے حیض پھر آنے لگتا ہے۔

اگرچہ تمام شدید عدمِ دمویتوں میں بے طمثیت بالعموم موجود ہوتی ہے، لیکن اخضریت (chlorosis) سے بالخصوص اس مرض کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ سابقہ زمانہ میں یہ حالت سولہ سے پچیس سال تک کی عمر کی لڑکیوں میں بے طمثیت کے عام ترین اسباب میں سے تھی۔ زمانۂ حال میں یہ مرض بہت نادر الوقوع ہے، بلکہ تقریباً غائب ہو گیا ہے کیونکہ اب بچے اور نوجوان عورتیں بہتر صحی حالات میں زندگی بسر کرتے ہیں۔ ایسے مریضوں کا علاج یہ ہے کہ اعضائے ہضم کی طرف توجہ کی جائے، قبض کو رفع کیا جائے اور لوہے (iron)، تانبے (copper) اور سنکھیا (arsenic) کا داخلی استعمال کرایا جائے۔ تازہ ہوا، عمدہ غذا اور محنت سے فراغت مفید مساعدات ہیں، اور عارضی عدمِ دمویت کی بعض حالتوں میں جو عمومی اسباب سے پیدا ہوئی ہو، طبعی فعلِ حیض کو ازسرِنو جاری کرنے کے لئے جو کچھ ضروری ہوتا ہے وہ صرف اتنا ہی ہے۔

الکحل، سیسہ، مارفین اور کوکین کی مسمومیت کے ترقی یافتہ مدارج میں اگر تغذیہ کے انتہائی اختلالات موجود ہوں تو بے طمثیت بالعموم پائی جاتی ہے۔ گاہے گاہے کثرت سے شراب پینے سے اکثر کثرتِ طمث پیدا ہوتی ہے، اور زیادہ عرصہ تک مسلسل شراب پیتے رہنے سے بے طمثیت پیدا ہوتی ہے۔

بے طمثیت کے ساتھ فربہی کافی کثرت کے ساتھ پائی جاتی ہے، اور ساتھ ہی نخامیہ کے

مقدم لسختہ کی قلت فعل بھی بالعموم موجود ہوتی ہے۔ شدید خوف اور ہسٹیریا کی طرح کے عصبی اختلالات سے حیض طویل مدت تک بند رہتا ہے، اور ماحول کی تبدیلی مثلاً قید اور آب و ہوا کے انتہائی تغیرات کا بھی یہی اثر ہوتا ہے۔ یہ اغلب ہے کہ ان حالتوں میں مشار کی عصبی نظام کے ذریعہ سے نخامیہ پر امتناعی اثر پڑنے سے تبویض منقطع ہو جاتی ہو۔ پرولین الف (prolan A) کی پیدائش بند ہو جاتی ہے، اور گرافی جرابات میں پختگی واقع نہیں ہوتی۔

جن مقامی حوضی حالات کا اندراج مذکورہ بالا فہرست میں کیا گیا ہے ان کا ذکر آئندہ ابواب میں کیا جائیگا۔

اس امر کا بیان کرنا ضروری ہے کہ ثانوی بے طمثیت کے مریضوں کی ایک خاص تعداد ایسی ہے جن میں اس عارضہ کی پیدائش کی کوئی وجہ معلوم نہیں کی جا سکتی۔ ایسی عورتیں اپنے آپ کو صدفی بلاقت کے اختتام سے پیدا شدہ قبل از وقت انقطاع الطمث کی مریض بتانے لگتی ہیں۔ بعض مریضوں میں بہت سے علاج کے بعد جو بظاہر بے سود معلوم ہوتا ہے حیض آنا شروع ہو جاتا ہے، اور اس کا طبعی دور جاری ہو جاتا ہے۔ بعض میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ اگرچہ حیض طویل وقفوں 171
کے بعد آتا ہے لیکن اس کا نوبتی ماہواری دور از سر نو ہرگز قائم نہیں ہوتا۔ موخر الذکر حالتوں میں عمومی صحت بعض اوقات قابل اطمینان ہوتی ہے، اور ایک یا دو بچے بھی پیدا ہو جاتے ہیں، گو ایسی عورتوں میں اعلیٰ درجہ کی قوتِ تولید شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے۔

بے طمثیت کے مریضوں کی ایک خاص تعداد میں بعض اوقات حیض کے چند علامات متعلقہ ماہواری ایام کے متناظر اوقات پر نمودار ہوتے ہیں جیسا کہ یہ انقطاع الطمث کی فعلیاتی بے طمثیت کے ابتدائی سالوں میں رونما ہوتے ہیں۔ یہ علامات جن کو مجہوداتِ حیض (menstrual molimina) (molimen = جہد) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے ہماری رائے میں صنفی ہارمون یا "ایسٹرین" (œstrin) کی فعالیتوں کا سریری مظہر ہیں۔ چنانچہ بعض اوقات دردِ سر، دردِ حوض، دردِ کمر اور متلی کی شکایتیں موجود ہوتی ہیں جو ایک یا دو دن میں رفع ہو جاتی ہیں، اور مریضہ غالباً ان کو اپنی تکالیف کے مشابہ خیال کرتی ہے جو اُسے پہلے حیض کے سلسلہ میں محسوس ہوتی تھیں۔

تولیدی فعل اور دروں افرازی غدد کے قریبی تعلق کی وجہ سے یہ ضرور توقع رکھنا چاہیئے کہ موخر الذکر کے ضررات میں بے طمثیت ضرور پائی جائے گی۔ درقیہ کے افراز کی قلت کا

"قمائت" (cretinism) کے سلسلہ میں ذکر کیا جا چکا ہے (صفحہ 164)۔ اگر مخاطی اذیما (myxœdema) بہت طویل المدت ہو تو اس سے رحمی ذبول واقع ہو جاتا ہے جو بعض اوقات مستقل بے طمثیت پر منتج ہوتا ہے۔ جہانتک نخامی غدہ کا تعلق ہے ایسی درونی بالیدوں یا ایسے دوبروں سے جو اس کے مقدم لختہ پر دباؤ ڈالیں "شحمی تناسلی سوءِ تغذیہ" (dystrophia adiposo-genitalis) کا فرولک کا علامئیہ (Frölich's syndrome) پیدا ہو سکتا ہے۔ اور یہ ایک ایسا عارضہ ہے جس میں لازمی داخلی افرازات کے انقطاع کی وجہ سے ناقص تبویض اور بے طمثیت پائی جاتی ہے۔ بخلاف اس کے مقدم لختہ کی بیش پرورش سے جیسی کہ کبر الجوارح (acromegaly) میں پائی جاتی ہے عورتوں میں مردانہ خواص پیدا ہو جاتے ہیں جو بے طمثیت پر منتج ہوتے ہیں۔ نیز فوق گردہ کے قشرہ کی بیش تکوّنی حالتوں اور اس غدہ کی نوساختوں کی موجودگی میں بھی مردانہ پن بے طمثیت کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ ایسی تمام حالتوں میں علاج کو کارگر بنانے کے لئے ماؤف غدہ کی طرف توجہ دینا چاہیئے، یعنی اگر اس کی فعالیت ضرورت سے زیادہ ہو تو اُس کو کم کیا جائے، اور یا اگر اس کا داخلی افراز کم ہو تو غددی خلاصہ جات دئے جائیں۔

ثانوی بے طمثیت کا علاج۔ بے طمثیت کو خالصتہً ایک علامت سمجھنا چاہیئے اور مرض نہ سمجھنا چاہیئے۔ لہٰذا مسبّب مرضی کیفیت کا علاج کرنا چاہیئے، اور کامیابی سے اس کا تدارک کرنے کا اثر یہ ہوتا ہے کہ فعلِ حیض از سرِ نو جاری ہو جاتا ہے۔

رسم ورواج سے اور نسلاً بعد نسلٍ سنتے چلے آنے سے یہ خیال راسخ ہو گیا ہے کہ حیض کا باقاعدہ آنا جسمانی صحت کے لئے لازمی ہے، اور اگر حیض اُن ایام میں نہ آئے جن میں یہ بالعموم آنا تھا تو بہت سے مریضوں اور ان کے قریبی رشتہ داروں کو فکر لاحق ہو جاتی ہے۔ اگر دوسرے اور کوئی علامات موجود نہ ہوں، اور مریضہ دوسرے لحاظات سے تندرست ہو تو اس امر کی طرف اشارہ کر دینا کافی ہوتا ہے کہ حیض کے متعلق جو خیالات عام طور پر پائے جاتے ہیں وہ غلط ہیں، اور غیر ضروری علاج سے جو اکثر بے سود ثابت ہوتا ہے احتراز کرنا چاہیئے۔ بہت سی ایسی عورتیں ہیں جن کو حیض عمر بھر باقاعدگی سے نہیں آتا، اور بعض کو بالکل نہیں آتا۔ یہ صحیح ہے کہ اس قسم کی بیشتر عورتوں کی قوتِ تولید کم ہوتی ہے، لیکن ایسی بھی کئی ایک مثالیں موجود ہیں جن سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ فعلِ حیض کی زیادہ عام اور طبعی شکل باروری تک کے لیئے بھی ضروری نہیں۔ ہم نے ایسے واقعات دیکھے ہیں جن میں انقطاع الطمث (menopause) کے دو سال بعد

استقرار حمل ہؤا تھا۔ اور ایک مثال میں ایک ایسی عورت حاملہ ہوگئی تھی جس کو عمر بھر میں صرف ایک دفعہ حیض آیا تھا (پی ۔ ڈبلیو)۔

فعل حیض کے متعلق جو فعلیاتی تحقیقات حال ہی میں ہوئی ہے اس سے ثانوی بے طمثیت کے علاج کے لئے جدید اصول قائم کئے گئے ہیں۔ اب یہ امر تسلیم کرلیا گیا ہے کہ اس قسم کے علاج کا نصب العین 172 یہ ہونا چاہئے کہ فعل تبویض جو عارضی طور پر موقوف ہوگیا ہے از سرِ نو قائم ہو جائے۔ چند حالتوں میں اس فعل کو نخامیہ کے مقدمہ لخت کے خلاصہ جات کا استعمال کرانے سے جو یا تو اکیلے دئے جاتے ہیں اور یا درقیہ کے ساتھ ملاکر دئے جاتے ہیں، اس فعل کو قائم کیا جاسکتا ہے۔ بعض محققین نے مبیضین حال میں مبیضین اور نیز زیر بالہ (hypophysis) کی نوری تشعیع (light irradiation) کی بہت تعریف کی ہے (فان ڈی ویلڈ: Van de Velde، فلیٹو: Flatau، تھیلر: Thaler)۔ مبیضی تشعیع کے موضوع پر حال ہی میں میو کلینک (Mayo Clinic) میں ڈرپس (Drips) اور فورڈ (Ford) نے دوبارہ غور کیا ہے، اور $\frac{1}{20}$ تا $\frac{1}{15}$ جلدی اریثیائی مقدار (skin erythema dose) علاج کے لئے نہایت موثر تصور کیا گیا ہے۔ پارکس (Parkes) کے بیان سے جس نے مشعع چوہیوں پر تحقیقات کی ہے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ گرافی جرابات کی تباہی کے بعد ان کے از سرِ نو پیدا ہونے کی کوشش اس طرح عمل میں آتی ہے کہ خلیات کے نسر حلمی سرسے مجیدا کی طرف سے ہیکل میں بڑھ آتے ہیں، اور ان میں نئے جرابات کی تکوین کا رجحان ہوتا ہے۔

مبیضین کی قلتِ فعل کو جرابی صنفی ہارمون (follicular sex hormone) یا "ایسٹرین" (œstrin) کے ذریعہ سے ہیجان پہنچانے کی کوششیں بھی کی گئی ہیں۔ بہت سی تجہیزات بازار میں مختلف ناموں سے فروخت کی جاتی ہیں مثلاً "پروگائینان" (Progynon)، "مینوفارمان" (Menoformon)، "ایسٹروجن" (Oestrogen) "تھیلن" (Theelin)، گائینو ایسٹرل" (Gynoestril)، وغیرہ۔ فعلیاتی نتائج حاصل کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ہارمون کی مناسب مقدار استعمال کیجائے، اور اسے زیر جلدی اشراب کے ذریعہ سے دیاجائے۔ نوویک (Novak) نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ اکیلا جرابی خلاصہ (follicular extract) اور اکیلا جسم اصفر کا خلاصہ (corpus luteum extract) اتنا فائدہ نہیں کرتا جتنا کہ ان دونوں کا مرکب کرتا ہے۔ اُس نے یہ رائے پیش کی ہے کہ قبل الذکر کے آٹھ یا دس اشرابات کے بعد

موخر الذکر کے جو اثرات کیے جائیں۔

بہر حال یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ صنفی ہارمون کی ان تحضیرات میں جو آج کل ممکن الحصول ہیں، تقریباً تمام صرف "شبق انگیز" ("oestrus"-producing) جوہر شامل ہی کی خصوصیت رکھتی ہیں، اور یہ ان میں شامل ہوتا ہے۔ اس لحاظ سے یہ اعضائے حوض کی بیش دمویت (hyperaemia) پیدا کرتی ہیں، اور اس طرح دروں رحمہ کے رساؤ کی ابتدا کرتی ہیں جو طبعی فعل حیض کا صرف ایک جزو ہے (دیکھو صفحہ 109 و 111)۔ یہ دروں رحمی تحضر پیدا نہیں کرتیں جس کا انحصار تبویض پر ہوتا ہے، اور جو اس فعل کا دوسرا جزو ہے۔ ایسے ذرائع سے گو بظاہر ایک نزف حیض پیدا ہو جاتا ہے لیکن یہ لازمی طور پر تبویض پر دلالت نہیں کرتا، اور اس لیے اگر عقم (sterility) کی حالت موجود ہو تو اس پر اثر انداز نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ رحم سے کسی نزفی مواد کے بہنے سے مریضہ کو شاید کوئی نفسیاتی فائدہ پہنچے، خاصکر جبکہ وہ فعل حیض کے متعلق مشہور روایتی خیال رکھتی ہو۔ بہر کیف نزف رحم کے پیدا ہونے سے، مذکورہ اعتبارات کے علاوہ، اور کوئی عملی فائدہ نہیں ہوتا، تاوقتیکہ گرافی حرابات میں بھی ساتھ ہی پختگی اور انشقاق نہ پیدا کیے جاسکیں۔

ادویہ کی اس قسم کے متعلق، جو "مدرات حیض" (emmenagogues) کے نام سے موسوم ہے، اور جس کے ساتھ فعل حیض کو تحریک پہنچانے کا ایک نوعی فعل منسوب کیا جاتا ہے، کچھ کہنے کی ضرورت نہیں۔ ان کے اثرات مایوس کن ثابت ہوئے ہیں، اور ان سے عام طور پر فی الحقیقت کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ ان میں سے کسی ایک کی بھی وثوق کے ساتھ تعریف نہیں کی جاسکتی، لیکن مندرجہ ذیل ادویہ بے ضرر ہیں، اور بعض مشاہدین کی رائے میں کبھی کبھی مفید ثابت ہوئے ہیں۔ ایپیال (Apiol) (کرفس parsley: کا طیران پذیر روغن۔ مقدار خوراک ۲ تا ۵ قطرہ)۔ مینگنیز (manganese) پرمینگنیٹ آف پوٹاش کی شکل میں (مقدار خوراک $\frac{1}{2}$ تا ۲ گرین)۔ ایلوا (aloes) قلیل معین مقداروں میں۔ جو دوا نہایت مفید ثابت ہوتی ہے وہ لوہا (iron) ہے جو یا تو فیرم ریڈکٹم کی شکل میں تنہا دیا جاتا ہے، یا تانبے (copper) اور سنکھیا (arsenic) کے ساتھ ملا کر دیا جاتا ہے۔ اگر کوئی ظاہری عدم دمویت موجود نہ ہو تو بھی لوہے کا استعمال چند ہفتوں تک باقاعدہ کرانے سے کامیابی ہوتی ہے۔ بعض مثالوں میں جہاں علاج بالادویہ ناکام ثابت ہو قدرتی آہنی پانیوں (ferruginous natural waters) کا استعمال یا اسپا (spa) کا علاج کامیاب ثابت ہوتا ہے۔

173 **قلتِ طمث** (Oligomenorrhœa) یا قلتِ جریانِ حیض ایک اضافی اصطلاح ہے جس کا انحصار اوسط درجہ کی عورت کے حیض کی طبعی مقدار پر ہے۔ بہر حال یہ ایک علامت ہے جس کی شکایت اکثر ایسی عورتیں طبیب کے پاس کرتی ہیں جو یہ خیال کرتی ہیں کہ "ماہواری ایام" میں ان کو خونِ حیض کافی مقدار میں نہیں آتا۔ بیشتر حالتوں میں اس کی کوئی زیادہ اہمیت نہیں ہوتی، مگر بخلاف اس کے یہ علامت بعض اوقات نمورحم کی کم تکوینی حالتوں کو متلازم ہوتی ہے۔ قلتِ طمث بعض اوقات حیض کے دونوں لازمی اجزا (دیکھو صفحہ 111) میں سے ایک کے انقطاع کے باعث بھی پیدا ہوتی ہے۔ اگر تبویض (ovulation) اور شبق (œstrus) دونو موقوف ہو جائیں تو بے طمثیت پیدا ہو جاتی ہے، لیکن اگر ان میں سے صرف ایک ہی عنصر غائب ہو جائے تو یا تو ایام حیض کی مدت کم ہو جاتی ہے، اور یا حیض کی مقدار۔ اگر قبل الذکر (تبویض) غائب ہو جائے تو مریضہ لازمی طور پر عقیم ہوتی ہے، اور اس کا علاج یہ ہونا چاہئے کہ اس نقص کو نخامیہ کے مقدم لختہ کے خلاصہ جات اور درقیہ کا استعمال کرانے سے رفع کر دیا جائے۔ اور اگر شبق موجود نہ ہو تو استعدادِ تولید میں کوئی نقص نہیں ہوتا، اور جریانِ حیض کو شبقی ہارمون (œstrus-hormone) پر مشتمل تیاریات میں سے کسی ایک کے اشرابات کرنے سے حسب خواہش بڑھایا جا سکتا ہے۔

جو نموی خلاف قاعدگی "حلزونہ نما رحم" (cochleate uterus) (دیکھو صفحہ 146) کے نام سے موسوم ہے اس میں قلتِ حیض کے ساتھ اکثر شدید دردِ حیض بھی موجود ہوتا ہے۔ ایک اور نموی خلاف قاعدگی کا ذکر بھی یہاں کیا جا سکتا ہے جو فعلیاتی وظیفہ پر اثر انداز ہوتی ہے۔ اور وہ یہ ہے کہ گاہے گاہے ایک چھوٹا سا ٹھوس "حیضی تھکہ" (menstrual clot) یا رویہ (coagulum) خارج ہوتا ہے، اور اس کے علاوہ وظیفہ حیض پر دلالت کرنے والی اور کوئی چیز موجود نہیں ہوتی۔ یہ مظہر جو راجع الی السلف (atavistic) ہے اور بعض بندروں میں طبعی ہوتا ہے بعض اوقات انواع انسان میں پایا جاتا ہے۔ ہم میں سے ایک (پی۔ ڈبلیو) نے ایک انیس سال کی عمر کی لڑکی کی ایک مثال دیکھی ہے جس میں سولہ سال کی عمر سے ماہواری ایام کے دوران میں ہمیشہ ایک ٹھوس اور گول تھکہ خارج ہوتا تھا، جو بظاہر بہت ابتدائی اسقاط کے مشابہ ہوتا تھا۔ تھکے کے خارج ہونے میں کوئی درد نہیں ہوتا تھا، اور اس کے ساتھ کوئی نزف اور رحمی مواد بھی موجود نہیں ہوتا تھا عسر الطمث (dysmenorrhœa) کے ساتھ

اس کا کوئی تعلق نہیں تھا، اور یہ بلاشبہ ایک راجع الیٰ السلف مظہر تھا۔ بعد میں جب لڑکی کی شادی ہوئی تو وہ حاملہ ہوگئی اور شادی کے بعد حیض طبعی طور پر آنے لگا۔

طمث بدیلی (طمث تعویضی)

(VICARIOUS MENSTRUATION) (XENOMENIA)

ایک دو پشت پہلے کے تمام مؤلفین امراض النسا کی بالاتفاق یہ رائے تھی کہ بعض اوقات تناسلی خطہ کے علاوہ دوسرے اعضا سے تقریباً ہر ماہ کے بعد باقاعدہ نزفات واقع ہوتے ہیں جو یا تو طبعی حیض کا بدل اور یا اس کے متکمل ہوتے ہیں۔ ۱۸۸۵ء میں روٹیر (Routier) کو ۲۲۴ مریضوں کے متعلق اطلاعات جمع کرنے میں کامیابی ہوئی، مگر ان میں سے اکثر قدیم ادبیات سے ماخوذ تھیں۔ بیشتر مریضوں کے نزف کے متعلق یہ بیان کیا گیا تھا کہ یہ کسی غشائے مخاطی سے واقع ہوتا تھا، اور اسکے عام ترین محلات معدہ، تنفسی گذرگاہیں، ناک، حلق، یا امعاء تھے، اور بعض اوقات پستان اور جلدی سطوح بھی اس سے ماؤف پائے گئے۔ ان نوبی نزفات کے ساتھ حیض کے معمولی عمومی علامات بھی بالعموم موجود تھے۔ اکثر مریضوں میں وہ عضو جس سے نزف واقع ہوا تھا کسی نہ کسی مرض کا محل تھا، مثلاً قے الدم (hæmatemesis) کی حالت میں معدی قرحہ (gastric ulcer) موجود تھا، نفث الدم (hæmoptysis) کی حالت میں سل موجود تھی، اور جلدی سطوح سے نزف واقع ہونے کی حالت میں سرطان پستان اور تقرح موجود تھے۔ جن عورتوں میں حیض جاری ہو اور ماؤف سطوح سے نزف بھی واقع ہوتا ہو انکو یقیناً "طمث بدیلی" کی خالص مثالیں تصور نہیں کیا جاسکتا، اور یہ ظاہر ہے کہ ایسی مثالوں کی بیشتر تعداد کو مسترد کردینا چاہئے۔

بہر حال ان مریضوں کی ایک قلیل تعداد باقی رہ جاتی ہے جن کے متعلق مزید غور کرنے کی ضرورت ہے۔ ان میں نزف یقیناً صنفی نقطۂ نظر سے اہمیت رکھتا تھا۔ یہ ابتدائی بے طمثیت کے مریض تھے، اور ان میں اس مرض کے علاوہ خلقی نقائص بھی موجود تھے، جنکی وجہ سے حیض کا طبعی طور پر آنا ناممکن تھا، نیز ان مریضوں میں نوبی ماہواری نزفات ایسی مخاطی غشاؤں سے واقع ہوتے تھے جو بظاہر تندرست معلوم ہوتی تھیں، اور ان میں طبعی حیض کے علامات کے مشابہ عمومی علامات بھی پائے جاتے تھے۔ لائڈ طامس (Lloyd Thomas) نے

۱۸۸۸ء میں اس قسم کی ایک نوعی مثال طبع کی تھی۔ ایک بخوبی نمو یافتہ لڑکی کو جسے کبھی حیض نہیں آیا تھا سترہ سال کی عمر میں شدید درد سر کے حملے شروع ہو گئے جن کے بعد کئی دفعہ قے ہوتی، اور آخر میں رعاف (epistaxis) بکثرت واقع ہوتا۔ درد سر کے حملے تین سے چار دن تک جاری رہتے، اور ہر ماہ باقاعدہ ہوتے۔ لیکن رحمی نزف کسی وقت بھی نمودار نہیں ہوا۔ اکیس سال کی عمر تک یہی حالت رہی۔ اس کا امتحان کرنے پر یہ معلوم ہوا کہ مہبل کی مکمل بے انثقابی (atresia) موجود ہے۔ ایک چھوٹا سا فوق عانی شگاف دیکر اعضائے حوض کا استقصاء کیا گیا، اور یہ معلوم ہوا کہ رحم موجود نہیں ہے، مگر بائیں طرف ایک چھوٹا سا کہیچی جسم موجود ہے جسے مبیض تصور کیا گیا۔ عملیہ کے بعد ماہواری انفی نزفات بدستور سابق جاری رہے۔

اس وقت سے لیکر اب تک سینیٹی (Sinéty) نے اس طرح کا ایک واقعہ درج کیا ہے جس میں نزف قنال مبرز سے واقع ہوتا تھا۔ اور مریضہ کو اکتیس سال کی عمر تک طبعی طور پر کبھی حیض نہیں آیا تھا۔ اسی قسم کے اور کئی واقعات ہمارے (ٹی۔ ڈبلیو کے) مشاہدہ میں بھی آئے ہیں جس کی بنا پر ہم یہ نتیجہ اخذ کرنے پر مجبور ہو جاتے ہیں کہ صادق طمث بدیلی یا طمث کاذب (pseudo-menstruation) ایک سریریاتی کیفیت ہے۔

صنفی فعالیت کے ایسے غیر طبعی مظاہر کی جو وجہ ہمیں بظاہر معلوم ہوتی ہے وہ یہ ہے کہ غیر طبعی اور مفرط پیش شبقی بیش دمویت (pro-œstrual hyperæmia) کے ظہور کے ساتھ دروں رحمی تتخر کا راجع الی السلف فقدان موجود ہوتا ہے جو یا تو تشریحی ہوتا ہے اور یا فعلیاتی۔ بعینہٖ اسی طرح کی مثال وہ ملتحمی نزف ہے جو بعض قوارض (rodents) مثلاً خرگوشوں میں پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) میں پایا جاتا ہے، نیز وہ قے الدم (hæmatemesis) بھی اسی طرح کی مثال ہے جو اسی قسم کے زمانہ میں بعض گوشت خوار جانوروں مثلاً پالتو بلیوں میں پائی جاتی ہے۔ انسانی موضوع میں بیرونی حیضی نزفات (extrinsic menstrsual hæmorrhages) کے واقع ہونے کا احتمال اس وقت ہوتا ہے جبکہ تبویض ناقص ہو اور شبق (œstrus) بخوبی نمو یافتہ ہو۔ اس قسم کے عارضی مظاہر اس رعاف (epistaxis) میں دیکھنے میں آتے ہیں جو سن بلوغ اور انقطاع الطمث کے زمانہ میں قلیل الوقوع نہیں ہے، اور جو قبل الذکر میں مکمل حیضی فعل کے قائم ہو جانے سے، اور موخر الذکر میں شبق کے ناپید ہو جانے سے جاتا رہتا ہے۔

بدیلی نزفاتِ حیض کی ایک اور وجہ جو ابھی تک نظری ہی ہے بے محل ریزینی خلیات (ectopic decidual cells) کا تحرّ ہے جو جسم اصفر کے فعلیاتی انحطاط سے واقع ہوتا ہے۔ جوزفسن (Josefson)، کینوشیٹا (Kinoshita)، آرمیئر (R. Meyer)، ڈبلیو۔شا (W. Shaw)، اور دوسروں نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ شکم کے بہت سے مختلف رقبہ جات میں اتصالی بافت کے ایسے خلیات موجود ہوتے ہیں جو ایک "ریزینی تعامل" (decidual reaction) ظاہر کرتے ہیں، اور شا نے اس تعلق کی طرف بھی اشارہ کیا ہے جو ممکن ہے کہ ان خلیات میں سے بعض اور بیرون تناسلی دروں رحمی سلعات (extra-genital endometriomata) کے درمیان موجود ہو۔ اس قسم کے خارجی اتصالی بافتی خلیات کی موجودگی کا جن میں لیوٹینی ہارمون کے لئے بجبیت پائی جاتی ہو ابھی تک مظاہرہ نہیں کیا گیا، لیکن جدید تحقیقات کی روشنی میں بیرونی حیضی نزف کے وقوع کی، جو گاہے گاہے دیکھنے میں آتا ہے، غیر مشتبہ سریریاتی شہادت کا لحاظ رکھتے ہوئے ایسے خلیات کی موجودگی کے امکان کو نظر انداز نہیں کیا جاسکتا۔

175

کثرتِ طمث اور متجانس رحمی نزف

(MENORRHAGIA AND ALLIED UTERINE HÆMORRHAGE)

زنانہ اعضائے حوض کے فتورات میں رحم سے نزف کا وقوع، جو متغیر توازنِ حیض، یا طویل یا شدید جریانِ خون کی شکل میں ہوتا ہے، بطور علامت اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔

طبعی حیض میں خون کی جو مقدار ضائع ہوتی ہے اس کا کوئی قیاسی معیار قائم کرنا انفرادی اختلافات کی وجہ سے ناممکن ہے، اس لئے امراضیاتی کثرتِ حیض کی تعریف کرنا مشکل ہے۔ اس پر زیادہ تر دو نقطہ ہائے نظر سے غور کرنا چاہیے، یعنی یہ دیکھنا چاہیے کہ نقصانِ خون سے پیدا شدہ عمومی اثرات کیا ہیں، جن میں سے ثانوی عدم دمویت کا خاص خیال رکھنا چاہیے، اور مریضہ کے خونِ حیض کی اوسط مقدار سے بڑھکر کتنا خون ضائع ہوتا ہے۔ موادِ حیض کی صرف مقدار یا جریانِ خون کی شدت کا معیار نہیں ہو سکتی، کیونکہ سائلِ حیض نہ صرف دروں رحمی تخر کے خود پاشیدہ حاصلات پر ہی مشتمل ہوتا ہے بلکہ علاوہ ازیں اس میں رحمی افراز بھی موجود ہوتا ہے جو منشع جسمی اور عنقی غدد سے پیدا ہوتا ہے۔ اس افراز کی مقدار کا انحصار غدی فعالیت پر

ہوتا ہے، اور یہ شائد بیش سبقی ہیجان کو ظاہر کرتی ہے۔ امراضیاتی نزف کی تشخیص کے سلسلہ میں ایک اہم امر مواد میں بڑے بڑے تھکوں کی موجودگی ہے۔ چھوٹے چھوٹے علقات (thrombi) کوئی اہمیت نہیں رکھتے، اور یہ اتنے عام ہیں کہ ان کی موجودگی فعلیاتی وظیفہ کے حدود کے اندر ہی قرار دی گئی ہے۔ بڑے بڑے تھکوں سے یہ نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ خون کا جریان دروں رحمہ سے اتنی سرعت سے واقع ہوتا ہے کہ دروں رحمی رو بہ (intra-uterine coagulum) تیار نہیں ہوسکتا، یا دروں رحمہ کا تھرامبوکائی نیزی فعل (thrombokinatic function) ناقص ہے۔

امراضیاتی نزفِ رحم کو کئی سال سے دو قسموں یعنی "کثرتِ طمث" (Menorrhagia) اور "استحاضہ" (Metrorrhagia) میں تقسیم کرنے کا رواج چلا آرہا ہے۔ یہ تقسیم اس لحاظ سے کی گئی ہے کہ آیا مقررہ جریانِ خون فعلیاتی ماہواری ایام کے دوران میں واقع ہوتا ہے یا ان سے بلاتعلق۔ حال ہی میں اصطلاحات پر از سر نو غور کیا گیا ہے تاکہ ایسی اصطلاحات وضع کی جائیں جو غیر طبعی نزفِ رحم کے امراضیاتی اسباب سے زیادہ مناسبت رکھتی ہوں۔ اب یہ تسلیم کیا جاچکا ہے کہ اس قسم کا نزف مندرجۂ ذیل چار گروہوں میں سے کسی ایک میں سے ضرور ہوگا۔ یا تو ماہواری ایام جلد جلد آتے ہونگے (تعددِ طمث :epimenorrhœa)، یا حیض کثرت سے آتا ہوگا (کثرتِ طمث :menorrhagia)، یا یہ زیادہ مدت تک جاری رہتا ہوگا (امتدادِ طمث :menostaxis)، یا یہ بے قاعدگی سے آتا ہوگا (رحمی سیلان الدم :metrostaxis)۔ ایک ہی مریضہ میں ایک سے زیادہ اقسام کا پایا جانا قلیل الوقوع نہیں جس سے مزید پیچیدگی پیدا ہوجاتی ہے۔

تعددِ طمث (Epimenorrhœa) "صنفی علامیہ" (sex complex) کی غیر طبعی حالت کا ایک سریری مظہر ہے۔ صنفی علامیہ ایک اصطلاح ہے جو بلیر بیل نے بے قناتی غدد کے نظام کی ہم آہنگی کو ظاہر کرنے کے لئے وضع کی تھی جس پر تندرست عورت کے صنفی وظیفہ کے طبعی نمو کا انحصار ہے۔ اس میں کچھ شک نہیں کہ حیضی توازن زیادہ تر بیضی فعل پر دلالت کرتا ہے جہاں تک کہ جرابی فعالیت (follicular activity) کا تعلق ہے اور چونکہ موخر الذکر کا انحصار نخامیہ کے مقدم لختہ اور عمومی تحول پر ہے اس لئے یہ کہا جاسکتا ہے کہ اگر اس نظام میں کوئی اختلال واقع ہوگا تو حیضی توازن میں بھی فرق آجائے گا۔ زندگی کے

دو زمانوں میں تعدد طمث عام طور پر پایا جاتا ہے، ان میں سے ایک بلوغ کا زمانہ ہے، اور دوسرا انقطاع الطمث کا۔ ان دونوں زمانوں میں بیضی تعاول غیر قائم ہوتا ہے۔ قبل الذکر سن میں یہ حالت نموی اثرات کے ساتھ پائی جاتی ہے، اور موخر الذکر میں اس کے ساتھ صنفی استعداد کا اضمحلال بھی موجود ہوتا ہے۔ تعدد طمث درقیہ کی مفرط فعالیت کے نشانات، غیر طبعی صنفی ہیجان، اور ان حالتوں کے ساتھ پایا جاتا ہے جو بیض کے لیفی دویری ضررات (fibro-cystic lesions) کی پیدائش کی مساعدت کرتی ہیں، مثلاً بیض کا سقوط اور رحمی لیفیئے (uterine fibroids) وغیرہ (دیکھو صفحہ 656 و 471)۔ چند مثالوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ تبویض اور حیض کے شبقی اسباب کے درمیان تاہم آہنگی پائے جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، جبکہ حیضی استفاط اس طبعی نوبی نزفی مواد کے جو شبقی زمانہ میں پایا جاتا ہے، رونما ہونے سے پہلے واقع ہو جاتا ہے۔ 176

کثرت طمث (Menorrhagia) یا مفرط حیضی نزف جہاں تک سائل حیض کی حقیقی مقدار کا تعلق ہے عمومی یا مقامی اسباب سے پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ حالت اکثر صنفی ہارمونا کی زیادتی فعل کا نتیجہ معلوم ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ بیض، درقیہ اور نخامیہ کی غیر طبعی فعالیت پائی جاتی ہے۔ یہ مدت سے معلوم ہے کہ درقی غدہ کا تعلق فعل حیض سے ہے۔ سن بلوغ پر جو بیش پرورش اس غدہ میں پائی جاتی ہے، اور ماہواری ایام سے بیشتر اس کی وظیفی فعالیت میں جس عارضی اضافہ کی علامتیں دیکھنے میں آتی ہیں، یہ ایسے مظاہر ہیں جو ہر روز وقوع پذیر ہوتے ہیں۔

جو امراضیاتی کیفیتیں درقیہ پر اثر انداز ہوتی ہیں ان میں فعل حیض کا اختلال اکثر پایا جاتا ہے۔ گارڈینر ہل (Gardiner Hill) اور فورسیٹ سمتھ (Forrest Smith) نے کثرت طمث کی طرف، جہاں تک اس کے مخاطی اذیما (myxœdema) کی ایک علامت ہونے کا تعلق ہے، توجہ دلائی ہے۔ انہوں نے یہ معلوم کیا کہ جب مخاطی اذیما انقطاع الطمث سے پہلے واقع ہوتا ہے تو کثرت طمث ۸۰ فیصدی واقعات میں پائی جاتی ہے۔ درقی قلت طبعی یا مصنوعی انقطاع الطمث کے بعد زیادہ کثرت سے دیکھنے میں آتی ہے، اور یہ صنفی قوت کے برقرار رہنے کے زمانہ میں اتنی کثرت سے نہیں پائی جاتی۔

مرض گریوز (Graves' disease) کے ابتدائی مدارج میں کثرت طمث

کثیر الوقوع ہوتی ہے' اور بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مفرط صنفی فعالیت اور فعل درقیہ میں ایک آویزش شروع ہو جاتی ہے۔ اول اول شبقی ہارمون کا غلبہ رہتا ہے۔ جب درقیہ میں تعویضی بیش پرورش واقع ہو جاتی ہے تو پیش شبقی فعالیت کے علامات کم ہو جاتے ہیں' اور جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے بےطمثیت بتدریج نمودار ہو جاتی ہے۔ بےطمثیت کی پیدائش میں تعویض کے انقطاع سے جس کے ساتھ عمومی نہاکت (general asthenia)' اور پیشاب اور براز میں کیلسیم کے املاح کے اخراج کی زیادتی پائی جاتی ہے' غالباً تیزی پیدا ہو جاتی ہے۔

مشارکی عصبی نظام کو بھی رحم کے غیر طبعی نزف کی پیدائش کا ایک سبب تسلیم کرنا چاہیئے۔ دماغی صدمہ یا تبدیلی ماحول کا جو اثر عارضی بےطمثیت کے پیدا کرنے کی طرف ہوتا ہے اُس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (صفحہ 170)۔ مزید برآں اس قسم کا صدمہ نزف رحم کے وقوع میں اسی طرح تعجیل بھی پیدا کرتا ہے جس طرح کہ اس سے اسقاط واقع ہو سکتا ہے۔ یہ سریری نتائج یا تو رحم پر بلاواسطہ مرتب ہوتے ہیں' اور یا مبیض یا نخامی غدہ کے ذریعہ سے بالواسطہ۔ جو مشاہدات لوئس مکل رائے (Louise Mcllroy) اور دوسرے مشاہدین نے مبیض کی عصبیت پر' ہاروے کشنگ (Harvey Kushing) نے نخامیہ پر' اور کیفر (Keiffer) نے رحم پر کیئے ہیں اُن سے ہمیں یہ معلوم ہوا ہے کہ ان اعضا کو عصبی ریشے اور عقود (ganglia) بافراط رسد پہنچاتے ہیں' اور ان اعضا اور مشارکی نظام کے افعال میں بلاشبہ ایک قریبی تعلق موجود ہے۔

دوسرے اسباب میں سے جن کا فعل حیض پر یہ مضر اثر ہوتا ہے کہ خونِ حیض بافراط ضائع ہونے لگتا ہے' چند امراضِ خون ہیں' مثلاً متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) اور لمفی سفید دمویت (lymphatic leukæmia)۔ ایک مریضہ میں جو حال ہی میں ہم میں سے ایک (پی۔ ڈبلیو) کے مشاہدہ میں آئی تھی رحم سے مہلک نزف واقع ہوا' اس مریضہ کو لمفی سفید دمویت کا عارضہ لاحق تھا۔

نزفہ (hæmophilia) سے جو عورتوں میں ایک نادر الوقوع مرض ہے" ماہواری ایام" میں خطرناک نزفِ رحم پیدا ہو سکتا ہے۔ حاد سرایتی امراض میں بعض اوقات حیض بافراط آنے لگتا ہے' اور بے قاعدہ نزفات بھی واقع ہونے لگتے ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ قلب کے

حصرائی امراض سے نزف واقع ہو جاتا ہے، لیکن امراض قلب کے مریضوں کا باقاعدہ امتحان کرنے
سے اس خیال کی تائید نہیں ہوئی۔ تکان، مزمن قبض اور گاہ بگاہ کی کثرت شراب نوشی
سے، جب ان کا زمانۂ وقوع ماہواری ایام سے مطابقت کرتا ہو، شدید نزف پیدا ہوتا ہے۔ اسی طرح
معتدل آب و ہوا کے خطہ سے گرم آب و ہوا کے خطہ میں چلے جانے سے بعض اوقات حیض بافراط 177
آنے لگتا ہے۔ اس امر کی مثال اکثر اُن انگریز عورتوں میں دیکھنے میں آتی ہے جو ہندوستان
جاتی ہیں۔ جن مقامی مرضی حالات سے کثرت طمث پیدا ہوتی ہے اُن کا ذکر ان کے علیحدہ علیحدہ
عنوانات کے تحت کرنا مناسب ہوگا، اور ان پر کسی آئندہ باب میں بحث کی جائے گی۔

مختصراً یہ کہا جا سکتا ہے کہ جو ضرر یا تو دروں رحمہ کے کل رقبہ میں اور یا اس کی وبارت
میں زیادتی کے پیدا کرنے کی تائید کرتا ہو، اور یا عضلۂ رحم کے طبعی انقباضی فعل میں مداخلت کرتا ہو
وہ صادق کثرتِ طمث کی قسم کے نزف کے لئے محرض ثابت ہوتا ہے۔ لہٰذا اس عنوان کے تحت
جس قسم کے مرضی ضررات کا ذکر کیا جا سکتا ہے وہ یہ ہیں:— رخنی (interstitial) اور زیر مخاطی
لیفیے (submucous fibroid tumours)، اور سعدانے (polypi)، دروں رحمی
بیش پرورش اور "نزفی رحمی مرض" (metropathica hæmorrhagica)، حاد
یا مزمن دروں رحمی التہاب (acute or chronic endometritis)، مزمن رحمی
ارتکاس (chronic uterine inversion)، رحمی لیفیت (uterine fibrosis)،
وغیرہ۔ جو خارج الرحم حوضی کیفیتیں حوض کے وریدی دوران خون میں مداخلت کرنے کی وجہ سے
حیض کے جریانِ خون کی زیادتی کی بالواسطہ مساعدت کرتی ہیں وہ حاد اور مزمن حوضی سرائتیں
ہیں، مثلاً التہاب انبوبہ (salpingitis)، التہاب گرد رحمہ (perimetritis) اور عظیم الجسامت
بیضی نوساختوں کا دباؤ جبکہ وہ حوض میں منغرز ہو گئی ہوں۔

حال ہی میں ایسی شہادت پیش کی گئی ہے جس سے اس خیال کی تائید ہوتی ہے کہ ذاتی
کثرتِ طمث (idiopathic menorrhagia) (وہ کثرتِ طمث جس کا بظاہر کوئی عمومی یا
مقامی سبب موجود نہ ہو) کی بعض حالتیں ایسے دروں رحمہ سے پیدا ہوتی ہیں جس میں مبیض کے
داخلی افراز کی افراطِ پیدائش، یا اسکے تضلال (perversion) یا اس کے مرضی تغیر سے
ہیجان پیدا ہو گیا ہو۔ ایسی حالت کی وضاحت تشریحی نقطۂ نظر سے مبیض میں جرابی یا لیوٹینی فعالیت
کی افراط کی موجودگی سے ہوتی ہے۔ اس موضوع پر کسی آئندہ باب میں بحث کی جائے گی۔

(دیکھو "نزفی رحمی مرض" :Metropathica haemorrhagica صفحہ 402 و 407)- بیضی فعل کا جو تعلق حال ہی میں طبعی حیض کے ناکس نزف کے ساتھ تسلیم کیا گیا ہے اسکے مدنظر یہ فرض کرنے میں دقت پیش نہیں آتی کہ غیر طبعی جریانِ خون کسی نہ کسی طرح سے بیض کے غیر طبعی یا مفرط افراز سے پیدا ہو سکتا ہے۔

رحم کے جو مقامی ضررات کثرتِ طمث کے ساتھ پائے جاتے ہیں ان میں سے بیشتر اپنا اثر ایک حالت پیدا کرنے سے کرتے ہیں جس کو مناسب طور پر "رحمی عدم کفائت" (uterine insufficiency) کہا جا سکتا ہے۔ یہ عدم کفائت رحم کے اُن طبعی انقباضات میں جو دورانِ حیض میں واقع ہوتے ہیں رحم میں عضلی بافت کی جگہ لیفی بافت کے پیدا ہو جانے سے خلل انداز ہوتی ہے (لیفیتِ رحم :fibrosis uteri، پیرانہ رحم وغیرہ) اور اس طرح جسمِ رحم کو متاثر کر سکتی ہے۔ دروں رحمہ میں یہ عدم کفائت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے۔ طبعی صورتِ حالات میں دورانِ حیض میں جو نزفِ رحم سے واقع ہوتا ہے اُس کی مقدار کا انحصار زیادہ تر دروں رحمہ کے فعلیاتی ضبط پر ہوتا ہے جب متعلق عروقِ شعریہ سے خون نکلتا ہے تو یہ ان خلیات سے متماس ہوتا ہے جو "تخثرامیوکائی نیز" (thrombokinase) سے پُر ہوتے ہیں، اور تردیب بہ سرعت واقع ہو جاتا ہے۔ بعد ازاں علقہ اس انزیم سے منکسر ہو جاتا ہے جو تبھی غدد کے افراز میں موجود ہوتا ہے جو دروں رحمی تنخر سے پیدا ہوتا ہے۔ دروں رحمہ کی ذبولی حالت میں جیسی کہ لیفیتِ رحم (fibrosis uteri)، اور انقطاع الطمث کے زمانہ کے پیرانہ ذبولی رحم میں پائی جاتی ہے تخثرامیوکائی نیز میں عدم کفایت پائی جاتی ہے، اور اس لئے نزفِ حیض بکثرت واقع ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے، دروں رحمہ کی بیش پرورش سے جو خواہ مقامی ہو یا منتشر، غالباً تخثرامیولائسین (thrombolysin) کی پیدائش میں زیادتی اور حیضی اسقاط کے حاصلات میں خود پاشیدگی واقع ہو جاتی ہے، عروقِ شعریہ کھل جاتے ہیں، اور شدید کثرتِ طمث واقع ہو جاتی ہے۔

امتدادِ طمث (Menostaxis) یا طویل المدت حیضی نزف بہت سے لحاظات سے غیر مکمل رحمی اسقاط کا متماثل ہے۔ سائلِ حیض کی ترکیب بالعموم طبعی ہوتی ہے، مگر حسبِ معمول چار یا پانچ دن میں بند ہو جانے کی بجائے یہ بارہ سے چودہ دن تک یا اس سے بھی زیادہ دنوں تک جاری رہتا ہے۔ جریانِ خون زیادہ شدید نہیں ہوتا، اور سریری اثرات اتنے نمایاں نہیں ہوتے جتنے نمایاں کہ اس وقت ہوتے ہیں جب کثرتِ طمث بھی موجود ہو۔ 178

اس مرض کے علامات مریضوں کے لئے ایک مسلسل پریشانی کا باعث ہوتے ہیں جن کی یہ شکایت ہوتی ہے کہ انھیں حیض سے کبھی فراغت نہیں ہوتی۔ تقطع نظر بے آرامی کے عمومی صحت پر کچھ اثر نہیں پڑتا۔ اور جب تک کثرتِ طمث بھی ساتھ ہی موجود نہ ہو امتداد طمث (menostaxis) میں ثانوی عدم دمویت کا کوئی شدید درجہ بالعموم موجود نہیں ہوتا۔ حیض کا طبعی توازن غیر متاثر رہتا ہے، اور اس لئے ہمیں یہ ضرور تسلیم کرنا پڑیگا کہ تبویض کا وقوع نزفِ رحم کے جاری رہنے کے دوران ہی میں عمل میں آتا ہے۔

جب رحم کے مختلف حصّوں کے دروں رحمہ کی تراشوں کا امتحان کیا جاتا ہے تو اس کے فعلیاتی مناظر تمام حصوں میں یکساں نہیں پائے جاتے۔

سالمانی تنخر چکتی دار ہوتا ہے، اور ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ ایک حصہ میں ترقی پذیر ہوتا ہے، اور دوسرے میں صرف پیش حیضی بیش دمویت اور زیر سرحلمی دموی سلعات ہی پائے جاتے ہیں اور سطح کہیں سے شکستہ نہیں ہوتی۔ گاہے گاہے بخوبی نمایاں "ریزینی" خلیات کے رقبہ جات بھی پائے جاتے ہیں۔ اور یہ تمام صورتِ حالات بے قاعدگی فعل کو ظاہر کرتی ہے۔

رحم کے مختلف امراضیاتی ضررات میں اسی قسم کا حیضی نزف پایا جاتا ہے۔ اس کی ایک عام مثال وہ رحم ہے جس میں زیر مخاطی لیفی عضلی سلعہ (submucous fibromyoma) موجود ہو اور وہ کہفۂ رحم میں ابھی تک ابھرا نہ ہو اور سعدانی نہ بنا ہو۔ اگر عین نزف کے دوران میں اس قسم کے دروں رحمہ کی تراشیں لی جائیں تو ان میں محولہ بالا تغیرات پائے جائیں گے۔ گاہے گاہے امراضیاتی مناظر خالی آنکھ سے بھی دکھائی دیتے ہیں، اور جن رقبہ جات سے جریانِ خون واقع ہوتا ہے وہ نمشی دھبوں (petechial spots) یا نقطہ نما نزفات (punctiform hæmorrhages) کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں۔

اس کی ایک اور مثال دروں رحمہ کا سادہ غدی سلعی سعدانہ (simple adenomatous polypus) ہے۔ اس قسم کی بالیدمیں اکثر اس وقت بھی پیش حیضی بیش دمویت یا حقیقی سطحی تنخر پایا جاتا ہے جبکہ بقیہ دروں رحمہ پس شیقی حالت اختیار کر چکتا ہے، اور اس میں اندمال کا عمل جاری ہو چکتا ہے۔

امتداد طمث (menostaxis) گاہے گاہے ایسے رحموں میں بھی پایا جاتا ہے جن میں کوئی جلی امراضیاتی تغیرات موجود نہیں ہوتے۔ تاہم خردبینی تراشوں میں ہیکل میں یہ

"پلازمائی" خلیات ("plasma" cells) دیکھنے میں آتے ہیں، اور ایسی حالتوں میں غالباً صادق مزمن دروں رحمی التہاب ہی چکتی دار تنخر کا باعث ہوتا ہے جو طوالتِ حیض کا امراضیاتی سبب ہے۔

بہرکیف ایسی حالتیں بھی پائی جاتی ہیں جن میں معمولی سریریاتی تحقیقات یا کھرچنوں (curettings) کے امتحان سے رحم میں کسی قسم کے ضررات کا مظاہرہ نہیں کیا جا سکتا۔ ایسی حالتوں میں ان اسباب کا سمجھنا مشکل ہے جن سے سریری علامات پیدا ہوتے ہیں، اور ہمارے علم کی جو موجودہ حالت ہے اس کے لحاظ سے ان علامات کو معین صنفی غدد یعنی بیض اور نخامیہ کے غیر طبعی فعل کے ساتھ منسوب کرنا چاہئے۔

رحمی سیلان الدم (Metrostaxis)۔ یہ اصطلاح استحاضہ (Metrorrhagia) کی مترادف ہے، اور یہ رحم کے ان تمام جریاناتِ خون پر مشتمل ہے جو فعلِ حیض سے بلا واسطہ تعلق نہیں رکھتے، اور یہ انہی کو تعبیر کرنے کے لئے مخصوص ہے۔ لہٰذا یہ مرض لازمی طور پر بے قاعدہ واقع ہوتا ہے۔ رحم کا وہ نزف جو سنِ بلوغ سے پہلے اور انقطاع الطمث کے بعد واقع ہوتا ہے اسی میں شامل ہے، مگر یہ ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ تنبادر یا متاخر تبویض رحم سے گاہے گاہے غیر متوقع نزف کے واقع ہونے کا باعث ہو سکتی ہے۔ اسی طرح بین حیضی جریانِ خون بعض اوقات مبیض کے غیر طبعی فعل کو ظاہر کرتا ہے، اور اس لئے تعددِ طمث (epimenorrhœa) کو رحمی سیلان الدم (metrostaxis) سے خلط ملط نہ کرنا چاہئے۔

رحمی سیلان الدم عمومی یا مقامی اثرات کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ یہ امر کہ دروں رحمہ بیرونی اسباب کے اثر کے لئے خاص طور پر حساس ہے تعجب خیز معلوم نہیں ہوتا جب کہ اس ساخت 179
کی مخصوص نوعیت کو مدِنظر رکھا جائے۔ اس میں تنخر اور اندمال مسلسل واقع ہوتا رہتا ہے، اور اس لحاظ سے یہ جسم کی ہر ایک ساخت سے مختلف ہے۔ لہٰذا جن عرق حرکی اثرات کو دوسرے اعضا میں "تورّد" (flushing) یا بیش دمویت سے تعبیر کیا جاتا ہے ان سے دروں رحمہ کے عروق شعریہ میں بالعموم حقیقی نزف واقع ہو جاتا ہے۔ سرائتی تپین، خون کے بعض امراض، مختلف ذہنی حالتیں، کبدی کہبت (hepatic cirrhosis) اور مزمن التہابِ گردہ اس عنوان میں شامل ہیں۔

جو مقامی حالات رحم کے سیلان الدمی نزف سے تعلق رکھتے ہیں ان میں دونوں قسم کا

دروں رحمی اور بروں رحمی غیر طبعی حمل' اور خاصکر وہ نزف' جو مخطور یا ناقص اسقاط اور رحمی وحمات (uterine moles) وغیرہ میں پایا جاتا ہے' شامل ہیں۔ رحم کی تمام خبیث بالیدوں سے جو خواہ سرطان (carcinoma) ہوں یا لحمی سلعہ (sarcoma) اور یا سلوی سرطان (chorionic carcinoma)' اسی قسم کا نزف واقع ہوتا ہے' اور سادہ غدی سلعی یا "مخاطی" سعدانہ سے بھی ایسا ہی ہوتا ہے۔ جب زیر مخاطی رحمی لیفیہ (submucous uterine fibroid) سعدانی قسم کا ہوتا ہے اور کہفہ رحم سے خارج ہو رہا ہوتا ہے تو یہ اکثر شدید نزف کا باعث ہوتا ہے جو فعل حیض سے غیر متعلق ہوتا ہے' اور اس لئے یہ سیلان الدمی ہوتا ہے۔ رحم کا بلاواسطہ ضربہ (direct trauma) قلیل الوقوع ہے لیکن سنین حال میں بے قاعدہ رحمی نزف کی ایسی حالتیں دیکھنے میں آئی ہیں جو ان مقامی دروں رحمی ضررات کا نتیجہ تھیں جو ایسے اجسام غریبہ سے پیدا ہوئے تھے جو کہفہ رحم میں ضبط تولید کے مقاصد کے لئے داخل کئے گئے تھے۔ اسی عنوان کے تحت دروں رحمہ کے مزمن التہاب کے واقعات بھی آتے ہیں جو ساری عوامل سے پیدا ہوتے ہیں' (مثلاً پیپرانہ دروں رحمی التہاب)' اور وہ مزمن دروں رحمی التہاب بھی اسی میں شامل ہے جو حمل کے ان ضربی تقرحی ضررات میں پایا جاتا ہے جو غیر ملتفت فرزجوں اور اجسام غریبہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ عنق رحم سے تمام قسموں کا جریان خون خواہ وہ کسی خبیث نوساخت سے تعلق رکھتا ہو یا کسی مقامی ضرر مثلاً تأکل (erosion) یا تدرنی تقرح (tuberculous ulceration) سے' بلاشبہ لازمی طور پر سیلان الدمی ہوتا ہے۔ حوض کے اندر کے وہ مقامی اسباب جو رحم کے بے قاعدہ جریان خون کے پیدا کرنے میں حصہ لے سکتے ہیں' بقدر کثیر التعداد اور مختلف الانواع ہیں کہ ان کا یہ اجتماعی خاکہ جو یہاں کھینچا گیا ہے ہرگز کافی نہیں ہو سکتا۔ مطالعہ کنندہ کو اس علامت کی مزید بحث کے لئے "خطی امراض النسا" (صفحہ 349 و 745) کے مناسب ابواب کو دیکھنا چاہئے۔

درد حیض

مہذب اقوام کی عورتوں کی صرف ایک قلیل تعداد ہی میں فعل حیض بغیر کسی درد کے انجام پاتا ہے۔ تندرست عورتوں میں بھی دوران حیض میں کسی قدر بے آرامی یا مقامی گرانی بالعموم پائی جاتی ہے۔

چونکہ مختلف افراد میں حس درد مختلف ہوتی ہے، اور نیز مختلف مہیجات کے تعامل کے لئے ذاتی حساسیت پائی جاتی ہے، اس لئے کسی خاص ملک کی عورتوں میں درد حیض کے تواتر کا صحیح اندازہ لگانا مشکل ہے۔ اور یہ امر ان اعداد کے وسیع اختلاف سے ثابت ہوتا ہے جو مختلف مشاہدین نے پیش کئے ہیں۔ چند سال ہوئے سی چشلم (C. Chishlom) نے استانیوں اور دستی کام کرنیوالی عورتوں میں ۷۷ فیصدی میں دوران حیض میں درد محسوس ہونے کا اندراج کیا۔ اور ایم۔ پی جیکوبی (M. P. Jacobi) نے آبادی کے اسی طبقہ کے لئے یہ تعداد ۴۶ فیصدی بیان کی ہے۔ ایم۔ اے۔ ہاج (M. A. Hodge) نے یہ معلوم کیا ہے کہ ایک ورزشی انجمن میں ۴۷۹ تندرست عورتوں میں درد حیض کا تواتر صرف ۳۱ فیصدی تھا۔ یہ ظاہر ہے کہ مذکورہ مشاہدین نے اپنے اپنے اعداد و شمار قائم کرنے کے لئے جو معیارات اختیار کئے ہیں وہ مختلف ہیں، اور یہی ثابت ہوتا ہے کہ جو اعداد نسبتاً زیادہ بڑے ہیں ان میں ازکار رفتگی کی بہت خفیف سی حالتوں کو بھی شامل کر لیا گیا ہے۔ ہماری رائے میں حقیقی صورت حالات کا زیادہ صحیح اندازہ سی چشلم کے تجزیہ سے ملتا ہے جو اس نے مدرسہ کی ۵۰۰ طالبات میں فعل حیض کے متعلق کیا ہے۔ ان سلسلہ میں سے ۴۲ فی صدی مریضوں نے کسی قدر درد کی شکایت کی ہے، مگر ان میں سے صرف ۸ ۷۷ فیصدی میں یہ علامت زیادہ شدید تھی، اور محض ۸ ۱۱ فیصدی میں یہ ازکار رفتگی کا باعث تھی۔ 180

اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ بہت سی عورتیں صرف روایات کی بنا پر ہی ایام حیض کے ساتھ کسی قدر درد منسوب کرنے لگتی ہیں، جیسا کہ "طبیعت ذرا ناساز ہے" کے فقرے سے ثابت ہوتا ہے جو عورتوں میں "ماہواری ایام" کے دوران میں مزاج کی کیفیت ظاہر کرنے کے لئے بالعموم مستعمل ہے، اور نفسیاتی اثر اور ذہنی اثر آفرینی اہم اسباب میں سے ہیں۔ یہ امر بالعموم تسلیم کیا جاتا ہے کہ اگر درد کی توقع ہو تو یہ شروع ہو جاتا ہے، اور باقاعدہ اور مکرر حملوں سے حس درد کو زیر حاد مہیجات کو غیر طبعی طور پر محسوس کرنے کی تعلیم مل سکتی ہے۔ اس طبعی بیش حسیتی حالت کی وجہ سے جو فعل حیض کے ساتھ موجود ہوتی ہے موضوعی احساسات کا امراضیاتی بن جانا، اور اس قسم کے اثرات کا درد کی شکل میں محسوس ہونا آسان ہوتا ہے۔ بہرحال اتنا درد جو مریضہ کو اس کے معمولی مشاغل میں حصہ لینے سے کم و بیش مدت کے لئے قاصر رکھے یقیناً غیر طبعی ہوتا ہے، اور یہ بالعموم "دعسر الطمث" (Dysmenorrhœa) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اس قسم کا مفرط درد حیض

ایسے غیر طبعی اسباب سے پیدا ہو سکتا ہے جو خود فعلِ حیض سے تعلق رکھتے ہیں، اور یہ رحم کے یا حوض کے دیگر اعضا کے کسی مرض سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جو حیض سے کسی قسم کا تعلق رکھنے کے بغیر درد کا باعث ہو، اور اس لئے عملِ حیض کو بھی غیر طبعی طور پر دردخیز بنا دیتا ہو۔ موخر الذکر حالت میں عسر الطمث کو "ثانوی" یا "بیرونی" (extrinsic)، یا "امتلائی" (congestive)، کہتے ہیں، اور اسے اُس مرضی حالت کی جس سے یہ پیدا ہوتا ہے محض ایک علامت تصور کرنا چاہئے۔ قبل الذکر حالت میں عسر الطمث "ابتدائی" (primary) یا "درونی" (intrinsic)، یا "تشنجی" (spasmodic) ہوتا ہے، اور حیض کے وقفوں کے دوران میں مریضہ میں کسی علامت کی شکائت نہیں پائی جاتی۔ یہ ظاہر ہے کہ یہ قسم ثانوی قسم کے مقابلہ میں سریری نقطۂ نظر سے زیادہ اہم ہے۔ حال کے مصنفین نے دردِ حیض کی ناقابلِ اطمینان اور مبہم تقسیم اور اس کے اسی قسم کے تسمیہ کی طرف توجہ دلائی ہے، اور یہ عین ظاہر ہے کہ اُس قسم کے عارضہ پر از سرِ نو بحث کی جائے جس پر "عسر الطمث" (dysmenorrhœa) کی اصطلاح کا صحیح اطلاق ہو سکے۔ کسی ایسی مریضہ کے علامات کو جو بے آرامی کی (جسے عام طور پر "مجہوداتِ حیض" menstrual molimina: کہا جاتا ہے) مبالغہ آمیز شکائت سے زیادہ اور کسی تکلیف کی شکائت نہ کرتی ہو عسر الطمث قرار دینا دراصل غلط ہے۔ دردِ کمر، دردِ سر، اور جارحہ اسفل میں مستمر درد اور اسی قسم کے دیگر علامات افراد کے بیش حسیت نما (hyper-æsthetic index) کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں لیکن ان کو صادق دردِ حیض کے ساتھ خلط ملط نہ کرنا چاہئے، جو درحقیقت رحمی الاصل ہوتا ہے۔ مزید براں "عسر الطمث" کی اصطلاح میں دردِ حیض کی ایسی حالتوں کو بھی شامل نہ کرنا چاہئے جن میں حوض کے کسی عضو کا کوئی جلی مرض موجود ہو، مثلاً حوضی التہاب، صنفی اعضا کی بعض غیر وضعیتیں، اور رحم کی نوساختوں کی بعض قسمیں۔ ہماری (بی۔ ڈبلیو کی) رائے میں میسی (Massey) کی وضع کردہ اصطلاح "وجع الحیض" (Menorrhalgia) اس قسم کے دردخیز حیض کو تعبیر کرنے کیلئے قابلِ ترجیح ہے جو مختلف الاقسام امراضیاتی ضررات کا صرف اتفاقی سریری مرافق ہوتا ہے۔ ہمارا رجحان صادق عسر الطمث کو درحقیقت رحمی قولنج (uterine colic) تصور کرنے کی طرف ہے۔ یہ ایک علیحدہ سریری حالت ہے، اور اسے سریریاتی مواد کے انبوہ سے علیحدہ ممیز کرنا چاہئے جو حیضی بے آرامی کو متلازم ہے اور جس کے لئے "وجع الحیض" (Menorrhalgia) کی اصطلاح زیادہ موزوں ہے۔

دردِ حیض کے سریری اقسام۔ اگرچہ درد حیض کی کوئی تقسیم عام طور پر تسلیم نہیں کی جاتی، اور اس قسم کی کوئی تقسیم جس پر بادم تنقید نہ ہو سکے جبز عقل سے تقریباً خارج بھی ہے لیکن ہم مندرجۂ ذیل گروہوں کا بیان کرینگے :۔

۱۔ صادق عسر الطمث (True Dysmenorrhœa) - سائل حیض کے نمودار ہونے کے ایک یا دو گھنٹہ کے اندر اندر درد بالعموم شروع ہو جاتا ہے۔ اگر حیض ایسے وقت شروع ہو جبکہ مریضہ سو رہی ہو تو وہ درد سے بیدار ہو جاتی ہے۔ یہ درد تمام زیر معدی رقبہ پر محسوس ہوتا ہے، لیکن یہ اکثر دونوں حرقفی حفروں (iliac fossæ) میں شروع ہوتا ہے۔ شدید 181
درد عام طور پر ایک یا دو منٹ تک رہتا ہے، اور اس کے بعد اس میں تھوڑی سی دیر کے لئے عارضی طور پر تخفیف ہو جاتی ہے۔ درد خیز تشنجات تھوڑے تھوڑے وقفوں کے بعد یکے بعد دیگرے واقع ہوتے ہیں، جیسا کہ فعلیاتی وضع حمل میں ہوتا ہے، اور دو یا تین گھنٹہ تک ان کی شدت میں اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ بعض حالتوں میں فتر (remission) کی حقیقی مدت اس قدر قلیل ہوتی ہے کہ درد تقریباً مسلسل اور کزازی (tetanic) قسم کا ہوتا ہے۔ کئی ایک گھنٹوں کے بعد جن کی تعداد اختلاف پذیر ہے درد کی شدت میں کمی واقع ہو جاتی ہے، اور یہ زیادہ طویل وقفوں پر نمودار ہوتا ہے، اور ایک مقامی مستمر درد پر ختم ہو جاتا ہے، جو چھ یا آٹھ گھنٹوں تک باقی رہتا ہے اور مریضہ کی قوت کو تحلیل کر دیتا ہے۔ علامات کبھی دفعتہً موقوف نہیں ہوتے جیسا کہ رحم سے کسی ٹھوس مادہ کے خارج ہو جانے سے ہو سکتا ہے، مگر دوسرے لحاظات سے یہ سریریاتی خاکہ بہت سے ابتدائی اسقاطات سے بہت کچھ مشابہت رکھتا ہے۔ درد کی شدت سے اکثر قئے شروع ہو جاتی ہے، اور بعض اوقات خفیف سے صدمہ (shock) کے امارات موجود ہوتے ہیں، جیسا کہ یہ باریک اور تیز نبض، زرد رنگت، اور بیہوشی سے جو گاہے گاہے دیکھنے آتی ہے، ظاہر ہوتے ہیں۔ حاد درجہ میں سائل حیض قلیل المقدار ہوتا ہے، اور جوں جوں علامات میں تخفیف ہوتی جاتی ہے اس کی مقدار بڑھتی جاتی ہے۔

ایسے ایام حیض کے بعد جن میں خون حیض کثیر مقدار میں آیا ہو اور درد شدید رہا ہو، جو آئندہ ماہواری ایام آتے ہیں ان میں علامات بعض اوقات اتنے شدید نہیں ہوتے، اور بعض اوقات کوئی بے آرامی نہیں پائی جاتی۔ بخلاف اس کے جب سائل حیض قلیل المقدار ہوتا ہے جیسا کہ ناقص التکون رحم (hypoplasic uterus) میں ہوتا ہے، تو ایام حیض میں بالعموم

بہت سی مقامی تکلیف پائی جاتی ہے۔ صادق عسر الطمث یا تو سنِ بلوغ کی ابتدا پر ظاہر ہوتا ہے، اور یا یہ زیادہ کثرت کے ساتھ زمانہ نسائیت کے ابتدائی سالوں میں ظہور پذیر ہوتا ہے۔ حیض کے درمیانی وقفوں میں مریضہ میں قطعاً کوئی حوضی علامت موجود نہیں ہوتی، مگر نفسیاتی حیثیت سے شدید درد کے متوالی حملوں کی وجہ سے بعض افراد کے متامل فی الذات (introspective) یا خود مرکوز (self-centered) بن جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ ان مریضوں کا رکھ رکھاؤ اکثر اچھا ہوتا ہے اور اس لئے ان کی عمومی صحت بھی اچھی ہوتی ہے، لیکن ہر ماہ ان کو نہایت سخت تکلیف برداشت کرنا پڑتی ہے۔ زیر شعوری مبالغہ کا بھی بلاشبہ کچھ اثر پڑتا ہے، اور جب حیض شروع ہونے کی توقع ہوتی ہے تو تشویش اور خوف سے ان کی دماغی اور جسمانی تکلیف انتہا کو پہنچ جاتی ہے۔ اس امتیازی خصوصیت کو مدنظر رکھتے ہوئے بعض ماہرین امراض النفس نے اس امر کا اظہار کیا ہے کہ عسر الطمث ایک "تشویشی عصبانیت" (anxiety neurosis) ہے، اور اس کا علاج اسی طرح کرنا چاہیے جس طرح کہ موخرالذکر حالت کا کیا جاتا ہے، مگر ہم (بی۔ ڈبلیو) اس خیال کی تائید نہیں کرتے۔

۳۔ وجع الحیض (Menorrhalgia)۔ اس قسم میں درد حیض کسی خاص مرض حوض کی صرف ایک علامت ہوتا ہے۔ ایسے درد کے کئی ایک نام ہیں، مثلاً "ثانوی" یا "اکتسابی" یا "امتلائی" یا "بروفی" عسر الطمث۔ خواہ کسی اصطلاح کا بھی استعمال کیا جائے یہ امر لازم ہوتا ہے کہ اس قسم کا درد اعضائے حوض کے بعض اعمال مرض میں محض ثانوی طور پر موجود ہوتا ہے۔ ایسی حالتیں بلاشبہ بہت معروف ہیں۔ حیض کے شاذ کئی ایک سال تک طبعی طور پر اور بغیر کسی نامناسب درد کے ساتھ آنے کے بعد مریض کو شدید درد کی شکایت شروع ہو جاتی ہے جس کے ساتھ نزف میں بھی اضافہ ہو جاتا ہے، اور فتور حیض کے دیگر علامات بھی پائے جاتے ہیں جو اوقاف حیض میں موجود ہوتے ہیں۔ درد حیض کی ابتدا ضرر حوض کے پیدا ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے، جس کی عام مثالیں یہ ہیں: (ا) نلیوں اور بیضین کے التہابی عوارض جن کے ساتھ اکثر رحم کی پس گردیدگی (retroversion) پائی جاتی ہے، (ب) بیض کے نزفی دویرے (دروں رحمی سلعہ: endometrioma) جو عام طور پر کثیف طور پر منضم پائے جاتے ہیں، (ج) رخنی (interstitial) یا زیر مخاطی لیفی سلعہ (submucous fibroid tumour)۔ یہ تمام حالتیں کتخدا اور ناکتخدا، اور بے اولاد اور صاحب اولاد عورتوں میں یکساں طور پر پائی جا سکتی ہیں۔ اس قسم کے ضربات عمل حیض کو امتلائے حوض میں،

182

جو حیض سے قبل اور اس کے دوران میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے، کثیر اضافہ کرنے سے متاثر کرتے ہیں۔ لیفیتی سلعہ (fibroid tumour) کے موجود ہونے کی حالت میں رحم کے عضلی انقباضات اس جسم غریب کو خارج کرنے کی کوشش میں بعض اوقات تشنجی ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ بعض اوقات دوسرے حوضی علامات بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن مریضہ صرف درد حیض ہی کے لئے مشورہ طلب کرتی ہے۔ لہٰذا ایسے تمام مریضوں میں مفصل امتحانِ حوض کی ضرورت ہوتی ہے، اور جب تک یہ سرانجام نہ دے دیا جائے اُن کو زیر علاج رکھنا قرینِ دانش نہیں۔

اس قسم کے درد حیض کی توجیہ بیرونی ضرر (extrinsic lesion) کی موجودگی سے قابل اطمینان طور پر کی جا سکتی ہے۔ یہ علامت شاذونادر ہی حقیقی طور پر حاد ہوتی ہے، اور اس کا علاج مسبب حالتوں کو رفع کرنے کے علاوہ اور کسی ذریعہ سے کامیابی سے نہیں کیا جا سکتا۔ درد کو تسکین دینے کے لئے جو تدابیر اختیار کی جاتی ہیں اُن کا ذکر آئندہ آئے گا، اور یہ تمام اقسام کے درد حیض کے لئے ایک ہی ہیں۔

۳۔ مجہوداتی (Moliminal)۔ یہ قسم جو اُن علامات کے مبالغہ کی ایک شکل ہے جو طبعی طور پر فعل حیض کی ابتدا سے عین پہلے نمودار ہوتے ہیں، اور مجموعی طور پر "مجہوداتِ حیض" کہلاتے ہیں، ان عورتوں میں دکھائی دیتی ہے جو عدم الدم، قبض کی مریض اور ناقص التغذیہ ہوتی ہیں، اور ورزش نہیں کرتیں، اور یا بہت کم ورزش کرتی ہیں۔ ایام حیض سے پہلے ہفتہ میں ان کو چند دن بے آرامی کی شکایت رہتی ہے، اور اس کے بعد ایک سے تین دن تک ان کو شدید تکلیف رہتی ہے جس کے دوران میں روزمرہ کے مشاغل کو جاری رکھنا مشکل یا غیر ممکن ہوتا ہے۔ خونِ حیض کا نقصان بالعموم متوسط درجہ کا یا قلیل ہوتا ہے، اور ان کو اس ناسازئ طبع سے بہت جلد افاقہ ہو جاتا ہے۔ اس قسم کی تکلیف حیض میں کسی حوضی سبب کا پایا جانا استثنائی حالتوں میں سے ہے، اور بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ تکلیف بیشتر عمومی صحت کی خرابی سے پیدا ہوتی ہے۔ جب کوئی مریضہ اول اول زیر مشاہدہ آئے تو امتحانِ حوض ضروری نہیں ہوتا، کیونکہ تجربہ سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ عمومی صحت کو بہتر بنانے سے تقریباً تمام مریضوں میں حیض کی تکلیف بھی ایک بہت بڑی حد تک رفع ہو جاتی ہے۔ عدم دمویت اور قبض کا علاج کرنے کے علاوہ ان مریضوں میں جسمانی ورزش کی اہمیت کو بھی نظر انداز نہ کرنا چاہئے۔ لڑکیوں کو جمناسٹک کی

ورزشیں کرانا مشکل ہے، لیکن رقص مقبول عام ہے اور تمام طبقات کی عورتیں اس سے مستفید ہو سکتی ہیں۔ اندرون خانہ اور کوئی بہتر ورزش نہیں، لیکن اگر ممکن ہو سکے تو میدانی کھیلوں اور پیدل سیر کرنے کو ترجیح دینا چاہیئے۔

حیض میں درد کے مبادی۔ جو اسباب عسر الطمث کی ابتدائی قسم یعنی صادق عسر الطمث میں فعلِ حیض کے دوران میں درد کا باعث ہو سکتے ہیں اب ان کا ذکر کیا جائیگا۔

(ا) انقباضات رحم۔ دورانِ حیض میں عضلۂ رحم کے انقباضات جو کام سرانجام دیتے ہیں اس کی توضیح پہلے کی جا چکی ہے (صفحہ 113)۔ عنق کو متسع کرنے، اور حیضی اسقاط کے حاصلات کو جہبل میں خارج کرنے اور انجام کار انسداد نزف میں مدد دینے کے لیئے موثر انقباض ضروری ہے۔ طبعی حالات کے تحت یہ انقباضات متوازن ہوتے ہیں اور عموماً دردخیز نہیں ہوتے۔ بعض حالتوں میں یہ تشنجی یا کزازی شکل اختیار کر لیتے ہیں، اور ان سے شدید درد پیدا ہوتا ہے، جیسا کہ اختیاری عضلات میں اینٹھن سے پیدا ہوتا ہے۔

تشنجی انقباضات یا تو رحم کی ناقص تعصیب سے، اور یا اس کے عضلی نظام کی عدم کفایت سے، اور یا عنق میں کسی رکاوٹ کے موجود ہونے کی وجہ سے جس سے اس میں سے خون نہ گزر سکتا ہو، اور یا حیضی ریزینہ کے ناقص تنخر اور اس کی ناقص علیحدگی سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ تعصیبات رحم میں جو نقائص پائے جاتے ہیں ان کے متعلق صحیح طور پر کچھ بھی معلوم نہیں۔ عضلۂ رحم کی عدم کفائت رحم کے خلقی ناقص نمو کی صرف انتہائی قسم (جو رضیعی رحم کے نام سے موسوم ہے) ہی میں نہیں بلکہ غیر طبعی طور پر چھوٹے رحموں کی بہت کم واضح مثالوں میں بھی ثابت کی جا سکتی ہے۔ یعنی بافت کے مقابلہ میں عضلہ کا تناسب کم ہوتا ہے، 183
اور شائد ریشوں کی ترتیب بھی غیر طبعی ہوتی ہے۔ اس قسم کے رحم کو عمل حیض سرانجام دینے کے لیئے غیر طبعی طور پر کوشش کرنے کی ضرورت ہوگی۔ اور انقباضات تشنجی اور نہایت دردخیز ہو جائیں گے۔

جزوی انسدد بھی رحم کی غیر طبعی کوشش کا باعث ہوگا۔ اس قسم کے جزوی انسدادات رحم کی تنگنائے پر نہایت ہی حاد خم کے موجود ہونے، یا چھوٹے فم خارجی (سوزنی فم رحم)، یا ایسے لیفیتی سدائلہ (fibroid polypus) کی شکل میں موجود ہوتے ہیں جو قنال عنق کو مسدود کر رہا ہو۔ تاہم سریریاتی شہادت سے یہ صاف طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ یہ تمام حالتیں

بذاتِ خود عسر الطمث پیدا نہیں کرتیں، لیکن جب یہ عضلۂ رحم کی عدم کفایت یا دیگر درونی اسباب کے ساتھ موجود ہوتی ہیں تو بلاشبہ اہم ہوتی ہیں۔ ان کی وجہ سے جو رکاوٹ عنق کے تشنج ہونے اور حیضی ریزیہ اور سائل حیض کے اخراج میں پیدا ہوتی ہے اس پر ایسا رحم غالب آسکتا ہے جو طبعی قوت رکھتا ہو، مگر خلقی طور پر کمزور رحم کو بے حد دقت پیش آتی ہے۔ اصطلاحات قدیم میں ایسی مثالوں کو سُدوی عسر الطمث (obstructive dysmenorrhœa) کے نام سے موسوم کیا جاتا تھا، لیکن جدید خیال یہ ہے کہ سُدد بذاتِ خود اتنا خفیف ہوتا ہے کہ عمل حیض کو اتنا زیادہ متاثر نہیں کرتا، اور اسے صرف تبھی اہم تصور کرنا چاہیے جبکہ اس کے ساتھ عضلی عدم کفایت بھی موجود ہو۔ سریریاتی تجربہ سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ ابتدائی عسر الطمث کی شدید ترین حالتیں وہ ہوتی ہیں جن میں غیر طبعی طور پر صغیر الجسم رحم میں حاد خم بھی پایا جاتا ہو، اور یا اس کا فم خارجی غیر طبعی طور پر چھوٹا ہو۔

اس قسم کا عام ترین مقامی ضرر جسے شدید درد حیض کا مؤید سبب تصور کیا جا سکتا ہے رحم کی ناقص التکون حالت ہے جسے "حلزونہ نما رحم" (cochleate uterus) کہا جاتا ہے (شکل ۱۰۱)۔ نمو کی اس خلافِ قاعدگی میں جس کا نام "صغیر الجسامت خمیدہ رحم" (small flexed uterus) ہے عنق صغیر الجسامت ہوتی ہے، اور آگے کی طرف کو حاد طور پر خمیدہ ہوتی ہے۔ اور اس کا خاکہ اسطوانہ نما ہونے کی بجائے نکیلا یا مخروطی ہوتا ہے۔ فم خارجی بھی اپنی طبعی جسامت سے چھوٹا ہوتا ہے۔ سابق ماہرینِ امراض النسا اسے "سوزنی" فم خارجی والی "مخروطی" عنق کہتے تھے، اور عسر الطمث کو اس میکانی رکاوٹ کے ساتھ منسوب کیا جاتا تھا جو رحم کے حاد خم اور تنگ قنالِ عنق سے پیدا ہوتی ہے۔ مگر اب یہ ضروری معلوم ہوتا ہے کہ اس موضوع کے متعلق زیادہ وسعتِ نظر سے کام لیا جائے۔ یہ تسلیم کرنے کے لئے معقول دلائل موجود ہیں کہ ناقص التکون رحم (hypoplasic uterus) کی ساخت اور شکل دونوں غیر طبعی ہوتی ہیں۔ یہ ایک کمزور رحم ہوتا ہے، اور خونِ حیض کو دفع کرنے کے لئے اس کو زیادہ سخت کوشش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، جو حاد درد خیز تشنجی انقباضات کی شکل اختیار کر لیتی ہے، اور یہ انقباضات ایک بہت بڑی حد تک دردِ شکم کے دوروں کا باعث ہوتے ہیں۔ رحم کے خم اور قنالِ عنق کے چھوٹے قطر کی وجہ سے بھی اس قسم کے کمزور رحم کی مشکلات میں قدرتی طور پر اضافہ ہو جاتا ہے۔

رحم کے کم تکون کی ایک خفیف قسم بھی پائی جاتی ہے جس میں یہ عضو صغیر الجسامت

ہوتا ہے مگر خمیدہ نہیں ہوتا۔ یہ اکثر پیش گردیدہ ہوتا ہے اور "مہبلی حصہ" (portio) چھوٹا ہوتا
ہے، مگر دوسرے لحاظات سے اس کے خواص طبعی ہوتے ہیں، اور مہبلی قبو سے نسبتاً کشادہ اور
دبیچ ہونے کی بجائے تنگ اور سکڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس قسم کے رحم کے ساتھ بھی تکلیف
بعض اوقات اتنی ہی شدید ہوتی ہے جتنی کہ "حلزونہ نما" (cochleate) قسم کے رحم کے ساتھ
ہوتی ہے۔ بعض اوقات بہت اچھی صحت کی عورتوں میں بھی جن کا نمو دوسرے لحاظات سے
بالکل طبعی ہوتا ہے، اس قسم کے خفیف سے نموی اغلاط موجود ہوتے ہیں جو اس قسم کے شدید دردِ حیض
کا باعث ہوتے ہیں۔

یہ امر کہ رحم کی ناقص التکون حالتیں بہت سی مثالوں میں دردِ حیض کی پیدائش کی
صرف تائید ہی کرتی ہیں اس امر سے ظاہر ہے کہ ان خلاف قاعدگیوں کے موجود ہونے کی حالت
میں اکثر حیض کی کسی قسم کی شکایت موجود نہیں ہوتی، اور جب کبھی تشریحی بدشکلی معتدبہ درجہ تک
موجود ہوتی ہے "ماہواری ایام" میں ہر مرتبہ درد نہیں پایا جاتا۔ شدید عسر الطمث کے بچاس
184 متوالی واقعات کے ایک سلسلہ میں جن کا تجربہ ہم (پی۔ ڈبلیو) نے رحم کی تشریحی قسموں کے
لحاظ سے کیا تھا ہمیں مندرجہ ذیل اعداد حاصل ہوئے۔ طبعی، ۲۳ – "مرغولہ نما" ۱۳ – "ریعانی"
۷ – "مخروطی عنق" ۷۔ اس سلسلہ میں بخوبی نمو یافتہ طبعی رحموں کی اضافی کثرت تعداد دلچسپی
سے خالی نہیں، اور اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ صادق عسر الطمث کی پیدائش کے لئے جبلی
تشریحی نقص کے علاوہ کوئی اور سبب بھی ضروری ہوتا ہے۔ اس امر سے اس سریریاتی مشاہدہ کی
توجیہہ ہوتی ہے کہ رحمی خلاف قاعدگی کو رفع کرنے کے لئے جو علاج اختیار کیا جاتا ہے، جو خواہ
عنق کا سادہ اتساع ہو یا کوئی زیادہ وقت طلب طریقۂ عمل ہو مثلاً عنق میں شگاف دینا یا داخلی یا
خارجی رحم برآری، اس سے دردِ حیض ہمیشہ رفع نہیں ہوتا۔ یہ صحیح ہے کہ عملیہ کے بعد بعض حالتوں
میں بہت سے مریضوں میں ماہواری ایام کے درد میں معتدبہ تخفیف ہو جاتی ہے، مگر تجربہ سے
یہ عام طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ یہ درد تین سے چھ ماہ تک کے عرصہ کے بعد پھر عود کر آتا ہے۔

(ب) درون رحمی تھکے۔ طبعی حالات کے تحت سالماتی درون رحمی تنخر کے
دوران میں رحم کے اندر تولیا حیض کے چھوٹے چھوٹے روڑے بنجاتے ہیں۔ اس عمل کا ذکر پہلے
کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 107)۔ جن عورتوں کو حیض بافراط آتا ہے ان کے مشاہدہ میں یہ بات
آتی ہے کہ موادِ حیض کے ساتھ خون کے تھکے بھی خارج ہوتے ہیں، اور جب نزف بہت زیادہ ہو تو

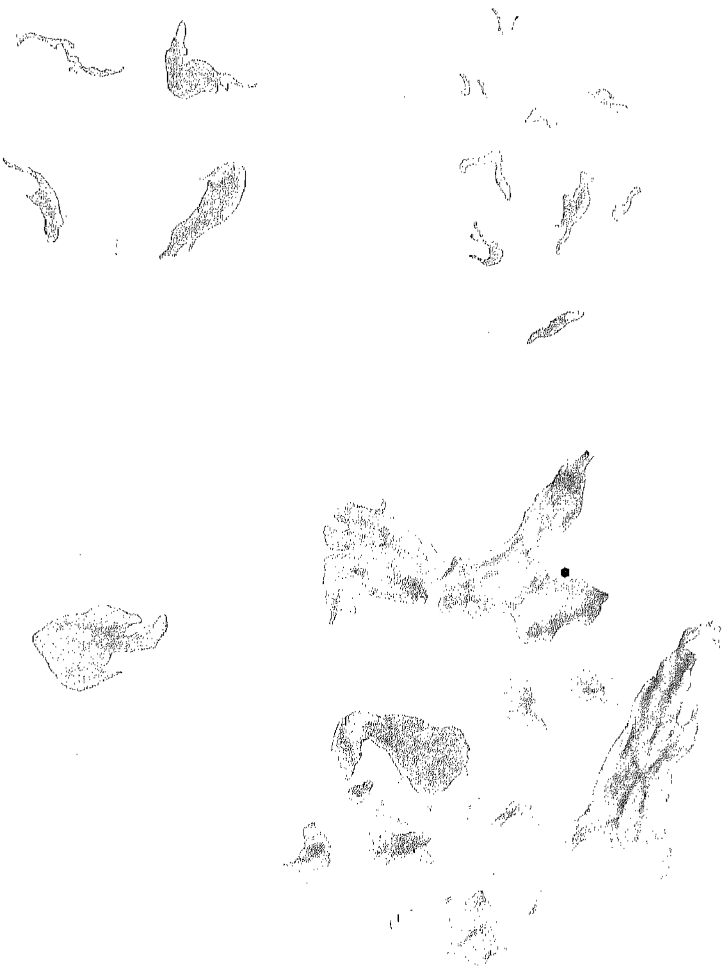
ان کی جسامت بھی بعض اوقات بڑی ہوتی ہے۔جب یہ مہبل میں طیار ہوتے ہیں تو ان کے اخراج کے دوران میں کوئی غیر معمولی درد نہیں پایا جاتا۔اگر غیر طبعی حالات کے تحت بڑے بڑے تھکے رحم کے اندر بن جائیں تو ان کے عنق سے خارج ہونے کے وقت عموماً بہت سا درد ہوگا۔بہر کیف صادق عسر الطمث کی شدید ترین حالتوں میں اس قسم کے تھکے شاذ و نادر ہی خارج ہوتے ہیں، اور سائلِ حیض درحقیقت اکثر قلیل المقدار ہوتا ہے، اور تھوڑے عرصہ کے لئے جاری رہتا ہے۔ لہٰذا سریری شہادت سے بظاہر یہ ثابت ہوتا ہے کہ رحمی تھکے بذاتِ خود دردِ حیض کا زیادہ اہم سبب نہیں ہیں۔

(ج) حیضی ریزینہ۔فعلِ حیض کی پیچیدہ حالت کے متعلق جو جدید نظریے قائم کئے گئے ہیں، ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ صادق عسر الطمث کے بنیادی سبب کا انحصار دروں رحمہ یا حیضی ریزینہ کے غیر طبعی نمو پر ہے جو مقدم نخامیہ اور مبیضی ہارمونوں کے سوءِ فعل کا نتیجہ ہوتا ہے۔مبیض کے طبعی اور رحم کے نوبتی تغیرات کے پیدا کرنے میں جو فعل دروں افرازی نظام انجام دیتا ہے اس کا ذکر مطالعہ کنندہ کو فعلیاتِ حیض کے بیان میں دیکھنا چاہئے (دیکھو صفحات 105 تا 111)۔یہ صاف ظاہر ہے کہ دروں افرازی غدد کے افرازات میں اگر کسی ایک میں بلحاظ کیفیت و کمیت کوئی فرق آجائے تو اس کا اثر دروں رحمہ پر ہوتا ہے جس سے حیضی اسقاط حد سے زیادہ درد خیز ہوجاتا ہے۔

"غشائی عسر الطمث" (membra nous dysmenorrhoea) کے نام سے ایک حالت مدت سے تسلیم کی جاچکی ہے جس میں غشا کے ٹکڑے جنہیں "سیپکے" (casts) کہا جاتا ہے رحم میں سے خارج ہوتے ہیں۔ایسے چند افراد ہیں جن میں "حسِ درد" شاذ کم ہوتی ہے ایسے سیپکے دردِ حیض کی زیادتی کے بغیر خارج ہوجاتے ہیں۔مگر عام طور پر ایسا ہوتا ہے کہ ان کے اخراج کے ساتھ انتہائی درجہ کا شدید درد پایا جاتا ہے۔صادق عسر الطمث کی بہت ہی حالتوں میں سائلِ حیض میں ٹھوس بافت کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے جو خالی آنکھ سے دیکھی جاسکتی ہے۔ اگرچہ نام نہاد "غشائی عسر الطمث" ۱۸۴۶ء سے معلوم ہے اور اس کا بیان قلمبند کیا جاچکا ہے اور یہ بالعموم کسی قدر نادر الوقوع تصور کیا جاتا ہے، مگر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ عارضہ ایک حالت کا انتہائی درجہ ہے جس کے کمتر مدارج اتنے قلیل الوقوع نہیں۔

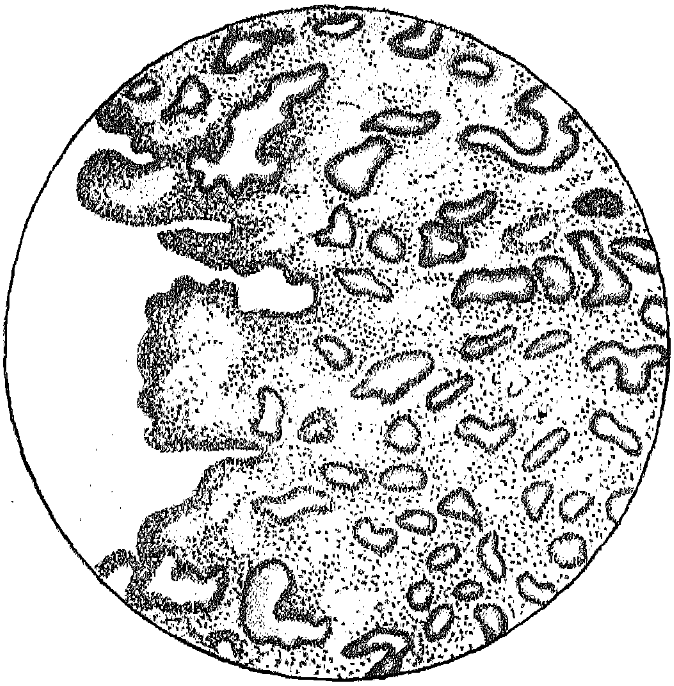
جب شدید عسر الطمث کی مریض عورتوں میں سائلِ حیض کو کئی "ماہواری ایام" کے

صحفہ ۵



ٹھوس دروں رحمی بافت کے مناظر خالی آنکھ سے۔ یہ بافت صادق عسرالطمث کی ایک مریضہ کے متواتر چار "ماہواری ایام" میں رحم سے یا تو خالص اور یا خون کے تھکے سے مخلوط خارج ہوئی تھی۔ اس مادہ کے اختلاف پذیر صفات بخوبی ظاہر ہیں۔ (۱) اور (۲) چھوٹے چھوٹے ندفوں "موش دُم" روبوں ("rat-tail" coagula) کو ظاہر کرتے ہیں۔ (۳) ایک مثالی حیضی "وحمہ" ("menstrual "mole") ہے۔ (۴) پرحیضی ریزینہ کا وسیع تسلخ "غشا" کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ (وائٹ ہوس۔)

دوران میں احتیاط سے باقاعدہ طور پر جمع کیا جاتا ہے اور اس کے متعلق تحقیقات کی جاتی ہے تو ایسا
مادہ حاصل کیا جا سکتا ہے جس میں ترد بینی دروں رحمی "ہیولوں" (ghosts) سے لیکر، جو طبعی 185



شکل ۱۳۱۔ دروں رحمی بافت کے بہت سے "ندفات" میں سے ایک کی ساخت۔ یہ ندفات متوسط شدت کے عسر الطمث کی ایک مریضہ سے لئے گئے تھے، اور یہ سائل حیض یا "ماہواری ایام" کے دوسرے دن موجود تھے۔ ان کا منظر نام نہاد "پیش حیضی" دروں رحمہ کا سا ہے۔ سطحی زیر سر حلمی دموی سلعہ (superficial subepithelial hæmotoma) اور بہت سے علی حالہ غدد کی موجودگی اور میکلی خلیات کا ابتدائی ریزہ منظر غور سے دیکھا جائے۔ بافت میں سطحی تنخر موجود نہیں جیسا کہ طبعی حیض میں ہوتا ہے۔ تمام ندفہ اتر آتا ہے (۱۰۵ x)۔

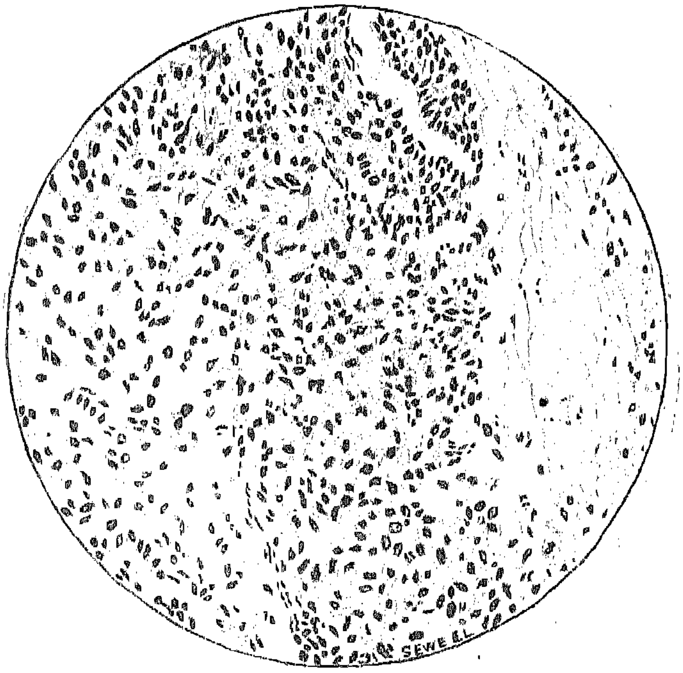
حالت میں موجود ہوتے ہیں، مکمل "سبیکہ" (cast) تک کے، جو سلخی دروں رحمی التہاب"

(exfoliative endometritis) کی معیاری حالتوں میں خارج ہوتے ہیں، تمام مدارج پائے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ ۸)۔

بہت سی حالتوں میں دردِ حیض کی شدت رحم سے خارج شدہ ٹھوس دروں رحمی بافت کی مقدار اور خارج شدہ ٹکڑوں کی جسامت سے بلاواسطہ تناسب رکھتی ہے۔ ایک ہی مریضہ کے متواتر ماہواری ایام میں خارج شدہ بافت کی مقدار میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ جب کبھی درد اور کثرتِ طمث کے ساتھ حیضی ریزینہ کا وسیع تعدیہ ہو جاتا ہے تو بعد کے ایامِ حیض میں اکثر نزف نسبتہً قلیل المقدار ہوتا ہے، اور درد بھی بہت کم ہوتا ہے، اور خالی آنکھ سے کوئی ندفی بافت بھی نظر نہیں آتی۔

جو دروں رحمی بافت سائلِ حیض میں موجود ہوتی ہے وہ سرسری طور پر چھوٹے چھوٹے ندفات یا ''لطخات'' (plaques)، یا غشا کے ٹکڑوں یا چھوٹے چھوٹے ٹھوس ''سبیکوں'' (casts) کی شکل میں پائی جاتی ہے جو فائبرین پر مشتمل ہوتے ہیں جو انحطاط یافتہ دروں رحمی خلیات سے بہت متولف ہوتی ہے۔ یہ گول ٹھوس ''سبیکے'' ''حیضی وحمات'' (menstrual moles) کے نام سے بجا طور پر موسوم کئے جا سکتے ہیں (دیکھو صفحہ ۸)۔ جب حیض کے ساتھ حقیقی غشا خارج ہوتی ہے تو اس کے ٹکڑوں میں دبازت اور جسامت دونوں کے لحاظ سے معتدبہ اختلاف
پایا جاتا ہے۔ مکمل ترین اقسام میں کہفۂ رحم کے مثلث سبیکے اتر آتے ہیں جو اپنی آزاد سطح پر ہموار 186
اور پیچیدہ سطح پر ناہموار اور کھردرے ہوتے ہیں۔ رحم کے حیضی ''سبیکوں'' (casts) کی دو قسمیں بیان کی جاتی ہیں: (ا) لیفینی یا دموی ''سبیکے'' اور (ب) دروں رحمی یا بافتی ''سبیکے''۔ ہماری رائے میں اس قسم کی تفریق غیر ضروری اور مغالطہ انگیز ہے، کیونکہ ابتدائی امراضیاتی ضرر ایک ہی ہوتا ہے۔ لیفینی ''سبیکے'' اور دروں رحمی بافت کے ٹکڑے، دونوں کے دونوں اکثر ایک ہی عورت کے ایک ہی ''ماہواری ایام'' کے مواد میں پائے جاتے ہیں، اور اگر سائلِ حیض کا ٹھوس حصہ جمع کیا جائے تو بافت کے ندفوں کا شناخت کرنا ممکن ہوتا ہے خواہ ان کا بیشتر حصہ خون کے تھکّے یا ورقہ دار فائبرین پر ہی کیوں نہ مشتمل ہو۔ فائبرین اور بافت کی مقدار بھی ایک ہی عورت کے مختلف ''ماہواری ایام'' میں بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بافتی خلیات بالعموم بہت انحطاط یافتہ ہوتے ہیں، اور ان کی تلوین اچھی طرح نہیں ہوتی، اور اس لئے سر حلمہ کا خاطر خواہ مظاہرہ کرنے کے لئے بہت سی تراشوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ ہمارا (پی۔ ڈبلیو کا)

یہ خیال ہے کہ لیفینی حیضی سبیکے رحم کے اندر دروں رحمہ کے کسی قدر تعریہ کے بغیر ہرگز پیدا نہیں ہوتے۔ ان کی پیدائش اور جسامت کا انحصار غالباً تقشری عمل کی تفصیلات، معرارقیہ جات کی وسعت،

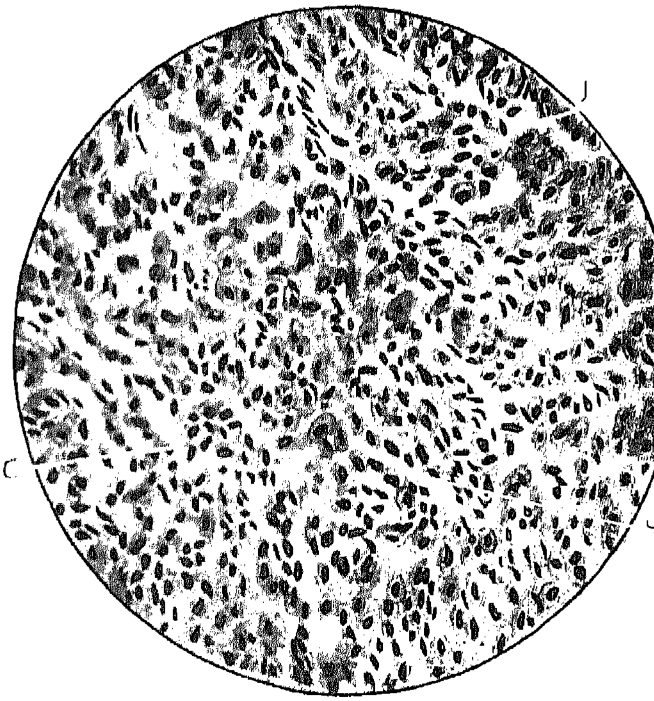


شکل ۱۲۲۔ یہ تصویر شدید عسر الطمث کی حالت میں دروں رحمہ کی تفصیلی ساخت کو ظاہر کرتی ہے۔ تراش کی دائیں جانب پرہیکلی خلیات کے مثالی ریزیني خواص اور فائبرین کی فراہمی کو غور سے دیکھا جائے۔ سفید خلیات کی کسی قدر دریزش موجود ہے، لیکن خون کی اشایاں وعابدری تہیں پائی جاتی (۳۵۰ x)۔

وعابدر خون کی مقدار اور اس کے بہاؤ کی سرعت، اور خاصکر "وحمہ" (mole) کے کہفہ رحم کے اندر محبوس رہنے کی مدت پر ہے۔

سائل حیض میں ٹھوس دروں رحمہ پائے جانے کی حالت میں جو شدید درد حیض موجود ہوتا ہے وہ بالعموم اُس رحمی قولنج (uterine colic) سے منسوب کیا جاتا ہے جو کہفہ رحم سے

بافت اور تھکوں کے خارج ہونے کے دوران میں پیدا ہوتا ہے۔ چونکہ درد اکثر مواد حیض کے بخوبی جاری ہو جانے سے تقریباً ایک گھنٹہ پیشتر شروع ہو جاتا ہے، اور یہ فعل حیض کے اس درجہ کی 187



شکل ۱۲۳۔ ریزینہ کی بافت کی تصویر۔ یہ ایک مریضہ کے سائل حیض میں سے حاصل کیا گیا تھا جو شدید درد حیض کی شکایت کرتی تھی، لیکن اسے یہ علم نہ تھا کہ "چھوٹے چھوٹے تھکوں" کے علاوہ اور کوئی چیز بھی خارج ہوتی ہے۔ یہ تصویر ہیکلی خلیات کے معیاری ریزینی خاصہ کو ظاہر کرتی ہے۔ بافت کی ساخت شکل ۱۲۲ کے مشابہ ہے، لیکن اس حالت میں بافت کے صرف چھوٹے چھوٹے ٹکڑے سائل حیض میں موجود تھے۔ ا، ب اور ج ایسے غدد کو ظاہر کرتے ہیں جن کا سرحلمہ اس قدر مضغوط ہو گیا ہے کہ وہ ہیکل ہی سے ملے ہوئے دکھائی دیتے ہیں (۳۵۰ x)۔

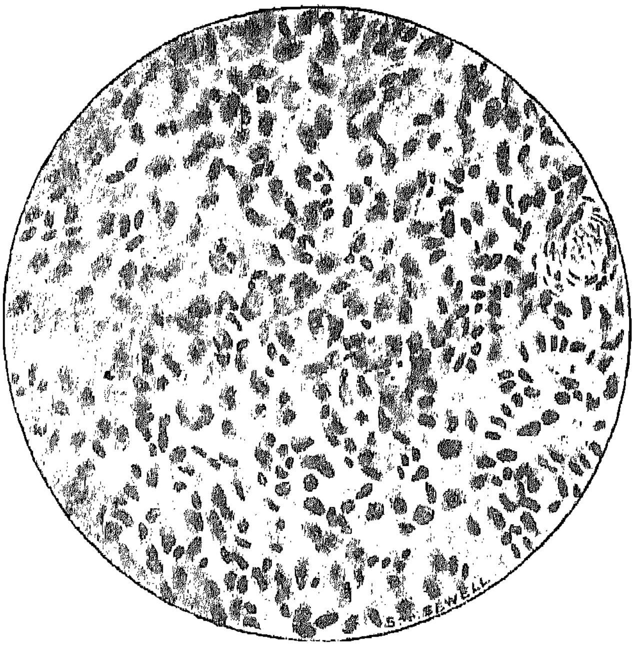
جسے "درجۂ اول" کہا جا سکتا ہے ایک علامت ہے لہٰذا یہ زیادہ قرین قیاس ہے کہ علامات

اس وقت نمودار ہوتے ہیں جبکہ متعلقہ بافتوں کی حقیقی علیحدگی عمل میں آتی ہے۔

حیضی "سبیکوں" اور "دھجوں" کے خردبینی منظر کا ممیز خاصہ یہ ہوتا ہے کہ دروں رحمی ہیکل کی اتصالی بافت کے خلیات میں ریزہی نمو بہت نمایاں درجہ تک پایا جاتا ہے۔

اس امر کا اعتراف مدت سے کیا جا چکا ہے کہ بڑے بڑے حیضی سبیکوں میں ہیکلی خلیات کا منظر بلاشبہ ریزہی ہوتا ہے، لیکن یہ معلوم کرنا بہت ضروری ہے کہ یہی تغیر بافت کے ان چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں میں بھی پایا جاتا ہے جو ایسے مریضوں کے سائل حیض میں موجود ہوتے ہیں جن کے رحم سے بڑی بڑی "غشائیں" خارج نہیں ہوتیں۔ ۴۰ واقعات کے ایک سلسلہ میں جس کی تحقیقات ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) نے کی ہے، سائل حیض سے حاصل شدہ مواد میں طبعی نام نہاد "پیش حیضی" دروں رحمہ سے لیکر مکمل طور پر نمو یافتہ ریزہیہ (جو حمل کے ریزہیہ کے مشابہ تھا) تک کے تمام متفرق مدارج صاف ظاہر ہوتے تھے (دیکھو اشکال ۱۲۱ و ۱۲۲ و ۱۲۳ و ۱۲۴)۔ اگر بافت کچھ عرصہ تک رحم میں رہے، یا مہبل میں محبوس ہو جائے تو ریزہی خلیات میں خود پاشیدگی واقع ہو جاتی ہے اور جو خردبینی مناظر تازہ مواد میں موجود ہوتے ہیں وہ غائب ہو جاتے ہیں۔ جب خود پاشیدگی نمایاں ہوتی ہے تو دوری بافت کے خلیوں کے خاکے غائب ہو جاتے ہیں، اور صرف نواتات ہی باقی رہ جاتے ہیں، اور اس طرح "اندھے شیشے" کا سا ایک منظر پیدا ہو جاتا ہے (بلیئر بیل Blair Bell: (دیکھو شکل ۱۲۴)۔ گاہے گاہے ماہواری ایام 188
کے اختتام کے قریب رحم سے ایسی بافت خارج ہوتی ہے جو انتہائی انحطاط کے نتیجہ کو ظاہر کرتی ہے۔ اس میں ریزہی قسم کے خلیات بالکل غائب ہوتے ہیں، اور خلوی فواصل اور سفید خلیات کے تودہ میں صرف چند منکسر غدد موجود ہوتے ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ مواد بلحاظ اصل دروں رحمی تھا۔ بافت کی دررحمی خود پاشیدگی سے شدید دردِ حیض کے بعض ایسے واقعات کی توجیہ ہو سکتی ہے جن میں کوئی نمایاں عضوی سبب موجود نہیں ہوتا، اور جن میں کہ رحم سے ریزہی بافت خارج نہیں ہوتی۔ شدید عسیر الطمث کے ۵۰ واقعات میں سے، جن کے متعلق ہم نے تحقیقات کی ہے، ۱۳ میں مواد حیض میں کسی قسم کی بافت کی موجودگی کا مظاہرہ غیر ممکن تھا باوجودیکہ یہ واقعات سریری طور پر انہی واقعات کے مماثل تھے جن میں سائل حیض میں ایسا مواد پایا گیا تھا۔ اس قسم کی ایک مریضہ میں جس میں ہر معلوم علاجی تدبیر آزمائی جا چکی تھی اور ناکام رہی تھی، رحم فعل حیض کی ابتدا کے ایک گھنٹہ کے

اندر اندر دور کر دیا گیا تھا جبکہ درد انتہائی شدت کو پہنچ چکا تھا۔ اس کے درون رحمہ میں انتہائی "ریزینی تعامل" (decidual reaction) پایا گیا، جو اسی قسم کا تھا جیسا کہ اُس بافت میں

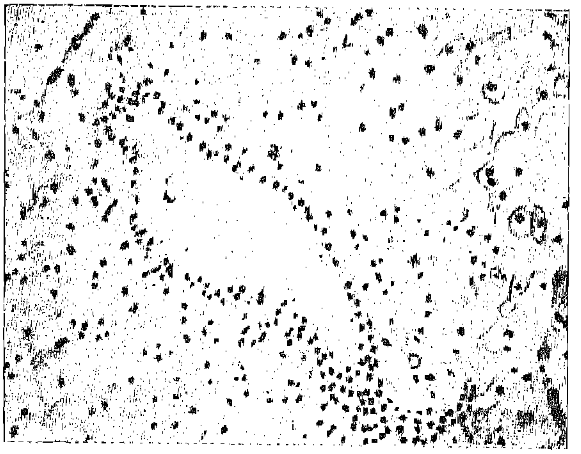


شکل ۱۲۴۔ یہ ایک چھوٹے سے "سبیکہ" کی تصویر ہے جو ایک مریضہ کے سائل حیض میں ایام حیض کے چوتھے دن پایا گیا تھا۔ اس مریضہ کو حیض کے پہلے دن شدید درد ہوا تھا۔ ریزینی خلیات میں خود پاشیدگی کا عمل جاری ہے جس سے اس تراشش میں "اندھے شیشے" کا سا ابتدائی منظر پیدا ہو گیا ہے (۳۵۰ ×)۔

پایا گیا تھا جو اسی قسم کے مریضوں کی مہبل سے حاصل کی گئی تھی۔ یہ اغلب ہے کہ اس مثال میں حیضی ریزینہ کہنہ رحم سے خارج نہ ہوا ہو بلکہ اس میں عدیم العفونت خود پاشیدگی واقع ہو گئی ہو جیسی کہ بعض پستانیوں میں کاذب حمل کی حالت کے اختتام پر طبعاً واقع ہوتی ہے۔ شکل ۱۲۵ میں درون رحمہ کے ایک ٹکڑے میں جو ایک تئیس سالہ لڑکی کے رحم سے فعل حیض کے پہلے دن

189 بذریعہ حرف (curettage) نکالا گیا تھا ایک بہت نمایاں ریزہی منظر دکھائی دیتا ہے، اور اس لڑکی کے سائلِ حیض میں بہت شدید عسر الطمث کے باوجود کوئی بافت شناخت نہیں کی جا سکتی تھی۔

اس سے یہ ظاہر ہو گیا کہ درون رحمہ میں ریزہی خلیات کی غیر طبعی اور مفرط پیدائش شدید دردِ حیض کے پیدا ہونے کا ایک اہم سبب ہے۔ یہ اس طبعی سالماتی تنخز کو روک دیتی ہے جو کاذب حمل کے اختتام پر واقع ہوتا ہے، اور اس بافت کی علیحدگی اور رحم کے اندر اس کی



شکل ۱۲۵۔ ہیکلی خلیات میں دورانِ حیض میں نمایاں تغیر۔ یہ تراشہ درون رحمہ کی سطح پر سے لی گئی ہے جو بذریعہ حرف حاصل کیا گیا تھا۔

موجودگی سے رحم کے وہ بے قاعدہ دردخیز انقباضات پیدا ہوتے ہیں جو سریریاتی نقطۂ نظر سے عسر الطمث کے نام سے موسوم ہیں۔

لہٰذا یہ قرینِ قیاس ہے کہ صادق عسر الطمث کی امراضیات درون رحمہ کے ریزہی تعامل کی فعلیات سے قریبی تعلق رکھتی ہے، اور نخامیہ کے مقدم لختہ اور جسم اصفر کے افعال سے بلاواسطہ وابستہ ہے۔ جیش حیضی درون رحمہ میں ریزہی خلیہ کا وجود اول اول ہشمین (Hitschmann) اور ایڈلر (Adler) نے ثابت کیا تھا، اور اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ

حالتِ حمل کے علاوہ اس خلیہ کی موجودگی ایک اہم طبّی قانونی اہمیت رکھتی ہے۔
سینن حال ہی میں جیپل (Geipel)، شلر (Schiller) اور ڈبلیو شا (W. Shaw) نے رحم سے باہر کی بافتوں، مثلاً بیضین، زائدہ (appendix)، ثرب (omentum)، حوض کے لمفی غدد اور باریطون میں حمل اور عدم حمل کی دونوں حالتوں میں مثالی ریزہنی خلیات کی عدم موجودگی کی طرف توجہ دلائی ہے۔ بہرکیف ان خلیات کی موجودگی کا انحصار تمام تر فعال جسم اصفر کی موجودگی پر ہے جس سے یہ امر صاف ظاہر ہوتا ہے کہ ریزہنی تعامل کو لیوٹینی ہارمون منضبط رکھتا ہے۔ بیضین اور دوسرے مقامات میں ان بے محل ریزہنی خلیات کی "چکتی دار" تقسیم اس امر کا مظاہرہ کرتی ہے جس کی طرف ڈبلیو۔شا نے اشارہ کیا ہے، یعنی اگرچہ دائر ہارمون کا وجود ناگزیر ہے مگر صرف چند خلیات ہی ہیج کے اثر سے تعامل پیدا کر سکتے ہیں۔ بالفاظِ دیگر ایک مقامی سبب بھی بروئے کار ہوتا ہے۔
تحقیقات سے یہ ثابت ہو چکا ہے کہ بعض حیوانات میں دروں رحمہ میں ریزہنی خلیات کی پیدائش کو بلاواسطہ تحریک پہنچانا ممکن ہے جس سے مصنوعی "ریزہنی سلعات"
190 (deciduomata) پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیو لوئب (Leo Loeb) نے گنی پگ میں یہ معلوم کیا ہے کہ رحم میں اجسام غریبہ کے داخل کرنے سے، یا مخاطیہ میں شبقی زمانہ کے تیسرے اور نویں دن کے درمیان جبکہ جسم اصفر بیضہ میں موجود ہوتا ہے، شگاف دینے سے ریزہنی بافت کے کرنیجے پیدا کیے جا سکتے ہیں۔ یہ ریزہنی سلعات قلوپی نلیوں کو باندھ دینے کے بعد بھی پیدا ہو جاتے تھے جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ ہیج بیضہ سے مہیا نہیں ہوتا۔ یہ اُس دروں رحمی مخاطیہ میں بھی پیدا ہو جاتے تھے جس کی تقلیم زیر جلدی بافتوں میں کی گئی ہو۔ ہیمنڈ (Hammond) نے خرگوشوں پر تجربہ کرنے سے یہ دریافت کیا ہے کہ اسی قسم کے ریزہنی سلعات قنات بریدہ (vasectomised) نر کی مقاربت کے بعد کے کاذب حمل کی حالت میں مصنوعی طور پر پیدا کیے جا سکتے ہیں (شکل ۱۲۶)۔
لونگ (Long) اور ایونس (Evans) نے چوہیوں میں اس امر کا انکشاف کیا ہے کہ نر کی عدم موجودگی میں شیشے کے ڈنڈے سے عنق رحم کو میکانی ہیجان پہنچانے سے ریزہنہ کے تکون میں ہیجان پیدا کیا جا سکتا ہے۔ مزید براں ان میں کاذب حمل کے دوران میں دروں رحم کے راست ضربہ (trauma) سے یا کہفہ رحم میں زیرہ دانے (pollen grains) یا باریک تاگے

داخل کرنے سے عین گنی پگ اور خرگوش کی طرح مصنوعی ریزینی سلعات (artificial deciduomata) پیدا کئے جا سکتے ہیں۔



شکل ۱۲۶۔ کاذب الحمل خرگوش کا مشیمہ جو تجربۃً پیدا کیا گیا ہے۔ یہ رحم کی تراش ہے جس میں اتصالی بافت سے ریزینی خلیات بن رہے ہیں جو عروق کو گھیرے ہوئے ہیں۔
(ہیمنڈ۔ مارشل کی "سیکسوئل فزیالوجی" سے۔)

اس سے یہ صاف ظاہر ہے کہ ان تجرباتی تحقیقاتوں اور ان امراضیاتی مسائل کے درمیان جو صادق عسر الطمث کی بعض حالتوں میں پائے جاتے ہیں ایک قریبی مماثلت پائی جاتی ہے،

191 دونوں میں عدم حمل کی حالت میں ریزیشی بافت کا مفرط تکون پایا جاتا ہے۔

اس مفرط یا بے قاعدہ ریزیشی تکون کے اسباب، جو انسانی رحم میں واقع ہوتا ہے، ابھی تک پوری طرح سے سمجھ میں نہیں آئے۔ ممکن ہے کہ اس کا تعلق زیریالہ (hypophysis) کے شبق انگیز اور لیوٹین ساز ہارمونوں کے عدم توازن سے ہو۔ حیوانات میں مشاہدہ کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ کارگزار جسم اصفر شبق پر امتناعی اثر رکھتا ہے۔ اس کی مثال یہ ہے کہ گاہے گاہے گائے میں جسم اصفر اپنی طبعی فعلیاتی مدت کے بعد تک بھی برقرار رہتا ہے۔ اس زمانہ میں شبق بالکل غائب ہوجاتا ہے اور جسم اصفر کو معائے مستقیم کے راستہ سے دبا کر بیض میں سے باہر نکال دینے سے شبق پیدا کیا جاسکتا ہے۔

اس امر کی طرف پہلے بھی توجہ دلائی جاچکی ہے کہ عسر الطمث کی بعض حالتوں میں حائض رحم سے حاصل کردہ دروں رحمہ میں کاذب حملی اور شبقی اجزا میں اضافی عدم تناسب پایا جاتا تھا۔ اس حالت میں غدد نسبتۃً صغیر الجسامت، مضغوط اور غیر فعال ہوتے ہیں۔ مقامی بیش دمویت خفیف سی ہوتی ہے، اور جس قسم کا نزف واقع ہوتا ہے اس کے متعلق ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ سالماتی تنخر واقع ہونے کی بجائے بافت کے حقیقتۃً علیحدہ ہوجانے اور عروق شعریہ کے پھٹنے سے پیدا ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے ہیکلی خلیات بالعموم عظیم الجسامت اور مثالی طور پر ریزیشی قسم کے ہوتے ہیں۔

لہٰذا مذکورہ بیان سے یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ "اصفری" (luteal) ہارمون بافراط موجود ہوتا ہے، اور "ایسٹرین" (oestrin) کی پیدائش پر امتناعی اثر پڑتا ہے۔ ان مشاہدات کی اہمیت کا انحصار اس امر پر ہے کہ مفرط ریزیشی تکون کو منضبط رکھنے اور اس طرح درد حیض کو روکنے کے لئے شبق انگیز ہارمون کو ایک قابل قدر علاجی عامل کے طور پر استعمال کیا جاسکتا ہے۔ ویسنر (Wiesner) اور جانسٹن (Johnston) کی حالیہ تحقیقات سے جو انھوں نے ایڈنبرا میں کی ہے اس خیال کی تائید ہوتی ہے۔

چونکہ تجربہ سے یہ ثابت ہوچکا ہے کہ دروں رحمہ کے ریزیشی تعامل کا انحصار سفائی خراش اور ہیجان پر ہے اس لئے دوران حیض میں بافتی تنخر اور خود پاشیدگی کی جو مقدار رحم میں پائی جاتی ہے وہ بھی آیندہ ایام حیض میں ریزیشی خلیات کی بیش پیدائش کا ایک سبب ہوسکتی ہے۔ اگر خود پاشیدگی غیر مکمل ہو اور حیضی اسقاط کے ماحصلات مکمل طور پر علیحدہ نہ ہوئے ہوں تو یہ ممکن ہے کہ وہ چھوٹے چھوٹے علقے (thrombi) اور بافت کے ٹکڑے جو

رحم کے اندر رہ جاتے ہیں، ان پیوداتوں اور تاگوں کی طرح عمل کرتے ہوں جو حیوانات کے ارحام میں تجربتہً داخل کیئے جاتے ہیں۔ یہ ایک مسئی خیز امر ہے کہ دروں رحمہ کے وسیع تعریہ کے بعد جو خواہ رحم سے ''سبیکوں'' (casts) کے خارج ہونے کا نتیجہ ہو یا کحر (curettage) کا، آئندہ ایام حیض میں بالعموم درد نہیں پایا جاتا۔ یہ امر کہ آیا عنق رحم کی وہ غیر طبعی تشریحی حالتیں جن کو خراش متلازم ہوتی ہے اسفرط ریزیجی تعامل پر کوئی اثر بھی رکھتی ہیں ابھی تک مکمل طور پر تحقیق طلب ہے۔ بہر کیف اس سلسلہ میں لونگ (Long) اور ایونس (Evans) کی تجرباتی تحقیقات کو ذہن نشین رکھنا چاہیئے۔

(۵) محرک العروق اختلالات۔ عمومی امتلائے حوض عمل حیض کا ایک جزو لاینفک ہے، اور شبقی ہارمون کی فعالیت کی ابتدا کا ایک مظہر ہے۔ طبعی حالات کے تحت یہ اتنا شدید نہیں ہوتا کہ اس سے درد پیدا ہو، لیکن وہ خفیف سے علامات جو قبل از حیض حالت میں ظاہر ہوتے ہیں اس کی وجہ سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ انتہائی درجہ کے امتلا سے لازمی طور پر سخت درد پیدا ہوتا ہے، اور یہ صنفی ہارمون کی غیر طبعی فعالیت یا مقامی امراضیاتی حالات سے نتیجتہً پیدا ہو سکتا ہے۔ موخر الذکر کی کثیر التعداد سریریاتی مثالیں موجود ہیں۔ التہابی کیفیتیں رحم کی غیر وضعیتیں اور اس کے سلعے سب کے سب دوراتی اختلالات پیدا کرتے ہیں جو مقامی یا عمومی امتلائے حوض کی شکل اختیار کر لیتے ہیں جب دوران حوض پر امراضیاتی حالتوں میں صنفی ہارمون کا موسّع العروق فعل ہوتا ہے تو اس کا حاصل اثر امتلا کے انتہائی درجہ کی شکل میں ظاہر ہو سکتا ہے، جو شدید درد پیدا کرنے کے لیئے کافی ہوتا ہے۔ اس درد میں 192
نزف حیض سے پیدا شدہ مقامی افراغ (depletion) اور صنفی ہارمون کی فعالیت کے انقطاع ہی سے تسکین ہو سکتی ہے۔ یہ وہ مثالیں ہیں جو پہلے امتلائی عسر الطمث (congestive dysmenorrhcea) کے نام سے بیان کی جاتی تھیں۔ بہر حال درد ابتدائی فتور نہیں ہوتا بلکہ کسی اور مرض کی علامت ہوتا ہے۔

(۶) عصبی عضلی میکانیہ حال ہی میں بلاس (Bloss) کینیڈی (Kennedy) اور دوسرے محققین نے یہ رائے پیش کی ہے کہ شدید درد حیض رحم کے عصبی عضلی میکانیہ میں کسی ایسے نقص کے موجود ہونے کا نتیجہ ہو سکتا ہے جو یا تو مرکزی ہوتا ہے اور یا عقدی یا رحمی عضلی۔ اعصاب رحم کلاں عنقی عقدوں میں سے ہو کر گزرتے ہیں جن میں سے

ہر ایک عنقِ رحم کی ہر ایک جانب پر واقع ہوتا ہے، اور ایک دلچسپ مشاہدہ یہ کیا گیا ہے کہ بیضی بافت کو اس عقدی بافت پر بلاواسطہ ضبط حاصل ہے (بلوٹ ووگل Blotevogel: پال Poll: کینیڈی Kennedy:)۔ بیض برآری (oöphorectomy) کے بعد ان عقدوں میں بہت سے تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، قبل اس کے کہ رحمی عضلہ میں کوئی متناظر تغیرات ثابت کیے جا سکیں۔ نِسل کے ذرات (Nissl granules) میں پاشیدگی واقع ہو جاتی ہے، خلیات سکڑ جاتے ہیں اور کروم الفی خلیات (chromaffin cells) کی تعداد کم ہو جاتی ہے۔ ایسٹرین (oestrin) دینے پر اصلی خاکہ از سرِ نو قائم ہو جاتا ہے۔ کینیڈی نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ یہ فرض کر لینا غیر مناسب نہیں ہوگا کہ بیضی ہارمون کا انضلال (perversion) عصبی عقدوں پر مخالفانہ اثر کرتا ہے، اور اس کی وجہ سے رحمی انقباضات بھی متاثر ہو سکتے ہیں۔ اگر رحم ناقص التکوین (hypoplasic) یا حلزونہ نما (cochleate) قسم کا ہو تو یہ اثرات زیادہ واضح ہوں گے۔

عسر الطمث کا علاج ۔ صنفی تعلیمات کے متعلق ہماری معلومات میں ترقی ہونے کے باوجود یہ تسلیم کرنا پڑے گا کہ دردِ حیض کا علاج بحیثیت مجموعی ناقابلِ اطمینان ہے۔ اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ اس کی ایک وجہ یہ ہے کہ درد افراد کی ذاتی حساسیت سے بہت قریبی تعلق رکھتا ہے۔ اس کی حقیقی اہمیت کا اندازہ نہیں کیا جا سکتا، اور اس لحاظ سے یہ تمام علامات میں سے سب سے زیادہ ناقابلِ اعتماد ہے۔ مزید برآں باقاعدہ وقفوں کے بعد درد خیز احساسات کے پیدا ہونے سے عورتوں کو قدرتاً کچھ خوف سا لگا رہتا ہے، اور ایک دائرہ فاسدہ کے قائم ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ لہٰذا جہاں تک حیض کا تعلق ہے زمانۂ ہیجان میں لڑکیوں کی صحیح ذہنی حالت کے نشوونما پر جس قدر زور دیا جائے کم ہے۔ اور یہ ضروری ہے کہ اس امر کا اہتمام جلد اور درد کی "عادت" پڑنے سے پہلے شروع کر دینا چاہیئے۔ شفاخانوں کی نرسوں میں اس امر کی بہت اچھی مثال دیکھنے میں آتی ہے کہ "عقلِ سلیم" کی بدولت زمانۂ حیض کی معمولی از کار رفتگی بہت بڑی حد تک رفع ہو سکتی ہے۔ بہت سی میٹرنوں (matrons) اور "ہوم سسٹروں" ("home" sisters) کا یہ تجربہ ہے کہ جب شفاخانہ میں لڑکیوں کی تربیت کی ابتدا ہوتی ہے تو وہ اُن عادتوں کو پورا کرنے کے لئے جو ان کو گھر میں پڑی ہیں بیحد مضطرب ہوتی ہیں یعنی ایامِ حیض میں وہ رخصت چاہتی ہیں، اور کام نہیں کرنا چاہتیں۔ اور جب ان سے یہ کہا جاتا ہے کہ یا تو وہ اسی طرح کام جاری رکھنے کی عادت ڈالیں، اور یا خدمت سے سبکدوش ہو جائیں تو

ایسا صرف کسی استثنائی حالت ہی میں ہوتا ہے کہ اِس بنا پر کوئی لڑکی اپنے فرائض کی سرانجام دہی سے قاصر رہی ہو۔

سادہ وجع الحیض (menorrhalgia) کی شدت رفع کرنے کے لئے تحضیری تدابیر (preparatory measures) اکثر کارگر ثابت ہوتی ہیں، اور ایسی عورتوں کو ان سے خاص طور پر فائدہ ہوتا ہے جن کی عمومی صحت اچھی نہ ہو، یا جن کو قبض کی شکایت رہتی ہو، یا جو حد سے زیادہ مشقت کرتی ہوں، یا جن کا مزاج اشتعال پذیر ہو۔ صحیات حیض کے متعلق عوام الناس میں بہت سے مغالطہ انگیز خیالات پائے جاتے ہیں، اور یہ ایک ضروری امر ہے کہ ایسے خیالات کا ازالہ کیا جائے۔ مثال کے طور پر روزانہ غسل کا ذکر کیا جاسکتا ہے۔ باوجود اس کے کہ زمانۂ قدیم سے اسے مضر تصور کیا جاتا ہے یہ امر تسلیم کیا جاسکتا ہے کہ رات کے وقت گرم پانی سے غسل کرنا، نہ صرف ایام حیض سے پہلے ہفتہ میں بلکہ دوران حیض میں بھی، تکلیفِ حیض کے انسداد میں مدد کرتا ہے، اور اس کو روکتا ہے۔ حیض کے شروع ہونے سے پہلے ہفتہ کے دوران میں
193 تخفیف سے ملین کا روزانہ استعمال تمام حالتوں میں مفید ثابت ہوتا ہے، اور قبض کی شدید حالتوں میں حقنوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ جسمانی ورزشوں کی جو اہمیت تمام لڑکیوں کیلئے اور بالخصوص نوجوان لڑکیوں کیلئے ہے اسے اب بالعموم تسلیم کیا جاتا ہے، اور ان سے دردِ حیض کے علاج میں جو فائدہ حاصل ہوتا ہے اس پر حال ہی میں سینڈرسن کلا (Sanderson Clow) نے بہت زور دیا ہے۔ ڈاکٹر کلا نے ۲٬۳۰۰ مشاہدات مدرسہ کی لڑکیوں پر کئے ہیں اور اُن سے یہ نتیجہ نکالا ہے کہ ایام حیض میں کھیلوں میں حصہ لینا اور دوسرے مشاغل کو جاری رکھنا ہرگز مضر صحت نہیں، بلکہ فائدہ مند ہے۔ کلا نے یہ بیان کیا ہے کہ اُس نے دردِ حیض کے ۳۰۰ مریضوں کا علاج غسل اور ورزش سے کیا ہے جن میں درد کی شدت کے مختلف مدارج پائے جاتے تھے۔ یہ مریض یا تو شفایاب ہوگئے، اور یا درد رفع ہوگیا۔ این۔ ایف۔ ملر (N. F. Miller) نے بھی ۵۸۵، جامعاتی زیرِ طالبات میں (یونیورسٹی انڈر گریجویٹس) پر مشاہدات کرنے کی بنا پر یہ بیان کیا ہے کہ اگرچہ یہ نہیں کہا جاسکتا کہ ناقص جسمانی ہیئت یا کمزور عضلی تنش سے عسر الطمث پیدا ہوتا ہے، مگر اتنا ضرور ہے کہ جسمانی ہیئت اور عضلی تنش کی اصلاح ہونے سے دردِ حیض میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ جن مریضوں کو کھلی ہوا میں ورزش کرنے کا وقت یا موقع نہیں ملتا اُن کو باقاعدہ طور پر علاجی ورزشیں کرنا چاہیئے۔ یہ مناسب ہے کہ مریضہ کو ورزشوں کا ایک مطبوعہ نقشہ مہیا کر دیا جائے جو بہت مفید ثابت ہوتا ہے۔ اس قسم کا ایک نقشہ

ایس کلا (S. Clow) نے تیار کیا ہے، اور یہ ایچ۔ کے۔ لوئس اینڈ کو لمٹیڈ، ۱۳۶ گاور سٹریٹ ڈبلیوسی۔ ون (H. K. Lewis & Co. Ltd., 136 Gower Street, W. C.I.) سے مل سکتا ہے۔

اگرچہ یہ سادہ ترکیبیں بہت سی ایسی حالتوں کے علاج کے لئے قابل اطمینان ثابت ہوتی ہیں جن پر "وجع الحیض" (menorrhalgia) کا اطلاق ہوتا ہے لیکن متعدد حالتیں ایسی بھی پائی جاتی ہیں جن میں قوی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ حالتیں "دروی" (intrinsic) "ذاتی" (idiopathic) یا "تشنجی" (spasmodic) کی مختلف اصطلاحوں سے موسوم کی جاتی رہیں۔ ہماری رائے میں یہ حالتیں رحمی قولنج سے تعلق رکھتی ہیں، اور ہم نے ان کا ذکر صادق عسرالطمث کے نام سے پہلے کیا ہے۔ ان حالتوں میں درد اتنا شدید ہوتا ہے کہ مریضہ ایک دن سے تین دن تک بستر پر لیٹی رہتی ہے، یا سونے کے کمرے سے باہر نہیں آسکتی۔ ہر ایک مریضہ کو ذاتی تجربہ سے یہ معلوم ہوجاتا ہے کہ گرم پانی کی بوتل سے درد شکم کو آرام ہوتا ہے، لیکن گرم تکمیدات یا رائی کا گرم غسل خشک حرارت سے بلاشبہ زیادہ موثر ثابت ہوتا ہے۔

جب صورت حالات موافق ہو تو مسکن درد دوائیں دی جاسکتی ہیں جن سے کسی قدر کامیابی کی امید کی جاسکتی ہے۔ لیکن جب تک مریضہ سکون سے آرام نہ کرسکتی ہو جبکہ ان کا اثر ہو رہا ہو ان کا استعمال بے سود ہوتا ہے۔ کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ تالیفی مسکن درد دواؤں میں سے کوئی نہ کوئی مفید ثابت ہوتی ہے جبکہ دوسری دواؤں سے فائدہ نہ ہوا ہو۔ اور ممکن ہے کہ یہ معلوم کرنے سے پیشتر کہ کونسی دوا کا استعمال کسی ایک مریضہ کے لئے موزوں ترین ہے ایک سے زائد دواؤں کی آزمائش کرنا پڑے۔ اینٹی پائیرین (Antipyrin)، فیناسیٹین (phenacetin)، پرامیڈان (pyramidon)، امونال (Ammonol)، ڈسمینال (Dysmenol) اور سومنوسال (Somnosal) سب سے زیادہ مفید ہیں۔ گرم پانی کے ایک گھونٹ یا کسی قدر سال والے ٹائیل (sal volatile) کے ساتھ دینے سے ان کی تاثیر بہتر ہوتی ہے جب عام اصولوں پر علاج شروع کیا جارہا ہو تو ایٹروپین (atropine) کی $\frac{1}{200}$ تا $\frac{1}{100}$ گرین مقداریں متوقع "ماہواری ایام" سے دو روز قبل دن میں تین مرتبہ عارضی طور پر دی جاسکتی ہیں جن سے رحمی قولنج کے درد میں بعض اوقات افاقہ ہوجاتا ہے۔ وین ڈن (Venn Dunn) نے بیان کیا ہے کہ شدید حالتوں میں ایٹروپین کو لومینال (Luminol) $\frac{1}{2}$ گرین، پرامیڈان

(Pyramidon) ۵ گرین، اور ایکسٹریکٹم ہائیوسائیمائی (Extractum Hyocyami)
اگر بن کے ساتھ ملانا مفید ہوتا ہے، اور ان کو کیشے (cachet) میں دینا چاہیئے۔ امریکہ کے
بعض مؤلفین نے ایک اور تجویز یعنی بینزوئیٹ آف سوڈا (benzoate of soda) کی
تعریف کی ہے۔ یہ دوائی ۲۰ فیصدی الکحلی محلول کے ۲۰ قطروں کی مقدار میں تجویز کی جاتی
ہے جس کا تکرار حسب ضرورت کیا جا سکتا ہے۔

اس امر پر جتنا زور بھی دیا جا سکے کم ہے کہ الکحل اور مارفین دونوں سے، جو اب بھی
شدید عسر الطمث کے لئے تجویز کئے جاتے ہیں، قطعی طور پر احتراز کرنا چاہیئے۔ عصبی المزاج قسم کی
عورتوں میں بالعموم درد حیض کی شکایت پائی جاتی ہے، اور یہی عورتیں وہ مریض ہیں جن کو ادویہ کے
استعمال کا عادی ہو جانے کے امکانات سے نہایت احتیاط سے بچانے کی ضرورت ہوتی ہے۔
اگر کبھی افیون تجویز بھی کی جائے تو اس کے دینے کا صرف ایک ہی طریقہ ہے جس کی اجازت
دی جا سکتی ہے، اور وہ یہ ہے کہ اس کا استعمال بذریعہ شافہ کرایا جائے۔ اس طریقہ سے اس کا
194 اثر زیر جلدی طریقہ کے مقابلہ میں زیادہ آہستہ ہوتا ہے، اور یہ طریقہ استعمال ایسا نہیں جو کبھی
"عادت" کی شکل اختیار کر سکے۔

درون افرازی علاج (Endocrine Therapy) اس امر کو تسلیم کرنے سے
کہ شدید درد حیض کی بہت سی حالتیں رحم کی ناقص التکون حالت، اور مولدات (gonads)
کی عدم کفائت کی دیگر شہادتوں اور نیز درون رحمہ کے غیر طبعی "ریزشی" مناظر کو متلازم ہوتی
ہیں، یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ صادق عسر الطمث کا معقول علاج مہیج مولدات ہارمونوں
(gonadotropic hormones) کے استعمال میں مضمر ہے۔ ڈبلیو۔ پی۔ کینیڈی
(W. P. Kennedy) نے حال ہی میں اس اصول پر صادق عسر الطمث کے ۵۰ مریضوں کا
ایسٹرین (œstrin) ("پروگائی نان" 'Progynon: "تھیلین" 'Theelin: "سسٹومینزم"
(Sistomenism: سے علاج کرنے کے بعد مندرجہ ذیل نتائج شائع کئے ہیں۔ کامل شفاء ۱۰ میں،
اصلاح ۳۰ میں (معتدبہ اصلاح ۱۱ میں، تخفیف مرض ۱۵ میں، خفیف اصلاح ۴ میں)،
عدم اصلاح ۱۰ میں۔ "ایسٹرین" سے عسر الطمث کا علاج کرنے کی لم کا انحصار کینیڈی
کے مطابق دو امور پر ہے، یعنی بیضی ہارمون کے اس اثر پر جو غدی عقدوں پر ہوتا ہے اور
جس کا مظاہرہ کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 192)، اور اس کی اس طاقت پر جو تناسلی خطہ کی

بالیدگی میں ترقی پیدا کرتی ہے۔ ہمارا یہ خیال ہے کہ جن امور سے یہ مفید اثر مرتب ہوتا ہے وہ یہ ہیں کہ جسم رحم کے غدد کے افراز میں ہیجان پیدا ہوتا ہے، اور دروں رحمی ہیکل پر مزیل لیوٹین اثر ہوتا ہے۔ یہ تسلیم کرتے ہوئے کہ ہارمون سے شدید عسر الطمث کا علاج کرنے کی تائید میں بہت کچھ کہا جا سکتا ہے، ہم یہ ضرور کہیں گے کہ اس طریقۂ علاج کی یہ ابھی ابتدا ہی ہے، اور قبل اس کے کہ کوئی سنجیدہ رائے قائم کی جائے بہت سی مزید سریری شہادتوں کی ضرورت ہوگی۔

جراحی علاج۔ جن حالتوں میں طبی اور صحیاتی علاج کا کوئی اثر نہیں ہوتا ان میں جراحی ذرائع کا اختیار کرنا ضروری ہوتا ہے۔ عسر الطمث کے جراحی علاج کے متعلق مجمل طور پر ذکر کرنا مشکل ہے کیونکہ نمو کے نقائص مثلاً صغیر الجسامت پیش خمیدہ رحم، ریعانی عنق (adolescent cervix) اور چھوٹے فم خارجی کا صحیح صحیح معنوں میں جراحی تدابیر سے قابل اطمینان علاج نہیں ہو سکتا۔ مزید برآں درد حیض کی پیدائش میں جو حصہ ضررات لیتے ہیں ان کو عام طور پر کسی طرح سے تسلیم نہیں کیا جاتا۔ رحم کے محور کو سیدھا، اور داخلی اور خارجی دونوں فموں کو بڑا کیا جا سکتا ہے، لیکن اس عضو میں اپنے فعلیاتی وظیفہ کی انجام دہی کے لئے جو نا قابلیت پائی جاتی ہے اسے اس طرح رفع نہیں کیا جا سکتا اور یہ امر تعجب خیز نہیں ہے کہ ان عملیوں کے نہایت کامیاب مدعی بھی ۴۰ سے ۵۰ فی صدی مریضوں سے زیادہ کی شفایابی کا دعویٰ نہیں کرتے۔ اگر ان حالتوں میں مہیج مولدات ہارمون (gonadotropic hormone) سے فعل نمو کو ہیجان پہنچانا، اور جس مقام پر نمو رک گیا ہے اس سے آگے اسے ترقی دینا ممکن ہوتا تو شاید بہتر نتائج حاصل ہو سکتے۔ مشکل یہ ہے کہ مرض کی تشخیص شاذ و نادر ہی عمر کے کافی ابتدائی حصہ میں کی جاتی ہے۔ ثانوی نمو اگرچہ سن بلوغ پر مکمل ہو جاتا ہے، مگر اس میں تاخیر واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، اور یہ اکثر اوقات واقع ہو بھی جاتی ہے۔ تکمیل یافتہ حمل کے فعلیاتی تہیج سے جو رحم کی نمایاں بیش پرورش پر منتج ہوتا ہے عسر الطمث سے تقریباً ہمیشہ کے لئے شفا ہو جاتی ہے۔ بدقسمتی سے صادق عسر الطمث کے خراب ترین مریض جن میں یہ مرض ناقص التکون رحم کو متلازم ہوتا ہے عقیم ثابت ہوتے ہیں۔

جہاں ممکن ہو نقائص کا جراحی ازالہ بلاشبہ مفید ہوتا ہے، کیونکہ اس سے وہ میکانی عنصر جو اسباب درد میں سے ہوتا ہے، رفع ہو جاتا ہے۔ یہ طریقہ مریضوں کی ایک معتد بہ تعداد میں عارضی طور پر فائدہ پہنچانے کے لئے کافی ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس سے مستقل طور پر فائدہ بھی ہو جاتا ہے۔ لہٰذا اگر اس کا استعمال روانی سے کیا جائے تو

یہ ایک قابل قدر طریقہ ہے، مگر یہ وعدہ کرنا کہ اس سے شفا ہو جائے گی دانشمندی نہیں۔ بہت سے لوگوں کا یہ تجربہ ہے کہ چند ماہ کے بعد درد اکثر پھر شروع ہو جاتا ہے، اور پہلے سے بھی زیادہ شدید ہوتا ہے۔

195 جہاں تک اُن حالتوں کا تعلق ہے جن میں ایسے نقائص موجود نہیں ہوتے جراحی علاج عملاً عنق کا انتساع کرنے یا اس میں شگاف دینے تک ہی محدود ہوتا ہے، اور جرف (curettage) بھی بالعموم ساتھ ہی اچھی طرح سے کر دیا جاتا ہے۔

انتساع کی لِمِ قطبیتِ رحم (uterine polarity) کے فعل اور اِس عملیہ کے عنقِ رحم کو مشلول کر دینے کی حیثیت پر غور کرنے سے معلوم ہو سکتی ہے۔ رحم کے باقاعدہ متوقت انقباضات کا اثر عنق پر یہ ہوتا ہے کہ اُس کی بافتیں نرم اور اس کی قنال منتسع ہو جاتی ہے، مگر کزازی انقباضات کا اس قسم کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس عنق کا مصنوعی انتساع کرنے سے جسمِ رحم پر یہ اثر ہوتا ہے کہ اِس میں انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان مظاہر کا حامل اور غیر حامل دونوں قسم کے رحموں میں مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عسر الطمث کے مریضوں میں زور سے انتساع کرنے کا کم و بیش گہرا اثر میکانیتِ قطبیت پر ہوتا ہے جس سے انقباضاتِ حیض اس طرح منتظم ہو جاتے ہیں کہ ان میں کزازی اور تشنجی خواص باقی نہیں رہتے۔

اِس چھوٹے سے عملیہ کو سرانجام دینے کے کئی ایک طریقے ہیں جن میں تھوڑے تھوڑے اختلافات پائے جاتے ہیں۔ پہلی بات یہ ہے کہ جس درجہ تک انتساع کیا جاتا ہے وہ مختلف حالتوں میں بہت مختلف ہوتا ہے۔ ایک طریقہ یہ ہے کہ انتساع کے اُس درجہ سے ذرا پیشتر رُک جائیں جس پر عنقی بافت کی دریدگی کا احتمال ہو۔ یہ درجہ تمام مریضوں میں ایک ہی نہیں ہوتا لیکن اوسطاً یہ نمبر ۱۰ ہیگر (No. 10 Hegar) ہے۔ کم عمر کے مریضوں میں زیادہ عمر کے مریضوں کی نسبت دریدگی جلد پیدا ہو جاتی ہے۔ دیگر ماہرین امراض النساء کی رائے اسکے بالکل خلاف ہے۔ وہ اس خیال سے کہ قنال عنق نتیجۃً مستقل طور پر عریض ہو جائے گی انتساع کو عمداً اس حد تک لیجاتے ہیں جس پر دریدگی لازمی ہو۔ متوفی لیتھ مرے (Leith Murray) نے عنق کے مکمل انتساع کی پرزور حمایت کی تھی تاکہ عنق میں شلل یقینی طور پر واقع ہو جائے اور اس نتیجہ پر پہنچنے کے لئے وہ ہوکنس ایمبلر قسم (Howkins-Ambler type) کے دھات کے باریک باریک درجوں والے تیس تا چھتیس موسع (dilators) استعمال کرتا تھا۔

اس کا یہ دعویٰ تھا کہ اس اصول کے مطابق عنق کا بہت نرمی سے اتساع کرنے کا فائدہ یہ ہے کہ یہ بغیر کسی خطرہ کے مکمل طور پر متسع ہو جاتی ہے۔ مزید برآں بہت سے ماہرین امراض النسا کی یہ مشق ہے کہ وہ متسع عنق میں شیشہ کا ایک تنا (glass stem) داخل کرنے سے قنال کو ایک سے تین دن تک متسع رکھتے ہیں، اور بعض اتساع کے بعد قنال کو فوراً بند ہو جانے دیتے ہیں اور بعض ایسا کرتے ہیں کہ دھات کے ایک قنال دار تنے کو رحم میں داخل کر دیتے ہیں، اور فم خارجی کے لب سے اسے ایک ٹانکے کے ساتھ مثبت کر دیتے ہیں، اور کئی ایک مہینوں تک اسے وہاں رہنے دیتے ہیں۔ ریاستہائے متحدہ امریکہ میں یہ طریقہ عام طور پر مستعمل ہے، لیکن اس ملک (انگلستان) میں یہ شاذ و نادر ہی عمل میں لایا جاتا ہے۔ بعض سرجن اس طرح کرتے ہیں کہ عنق کو معدم حس کے زیر اثر متسع کرنے سے ایک دن پیشتر اس میں لیمینیریا کا فتیلہ (laminaria tent) داخل کر دیتے ہیں۔ اس سے اتساع میں بلاشبہ آسانی ہو جاتی ہے، لیکن جن عورتوں کو کوئی بچہ پیدا نہ ہوا ہو ان کے لئے عموماً معدم حس کی ضرورت ہوتی ہے۔

ان مریضوں میں کامیابی کی امید سب سے زیادہ ہوتی ہے جن میں ناقص تکون کے ضررات موجود نہیں ہوتے۔ ان میں سے ۵۰ فیصدی یا تو بذریعہ اتساع و حرف بلاواسطہ شفایاب ہو جاتے ہیں، اور یا حمل کے آئندہ استقرار سے، جس کی تائید شاید اتساع سے بھی ہوتی ہو، ان کو شفا ہو جاتی ہے۔ اس عملیہ کو نہایت محتاط عدیم العفونت طریقۂ عمل کے ساتھ سر انجام دینا چاہیئے۔ اگر عملیہ کی ترکیب میں کوئی نقص رہ جائے تو عفونت سے نہایت خطرناک نتائج کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

شاذ مواقع پر مرض کی ایسی حالت سے بھی سابقہ پڑتا ہے جس پر مذکورہ بالا جملہ تدابیر کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ اس کے لئے صرف ایک ہی تدبیر باقی رہ گئی ہے اور وہ یہ ہے کہ حیض کو مکمل طور پر منقطع کر دیا جائے۔ ایسا فیصلہ کر دینے کے بعد رحم کے استیصال اور مبیض کو باقی رکھنے سے، بعید مضر اثرات کے خفیف ترین خطرہ کے بغیر یہ تدبیر عمل میں لائی جا سکتی ہے۔ ایک اور طریقۂ عمل ہے جو اس کا بدل ہے، اور وہ یہ ہے کہ ریڈیم کو کہف رحم میں داخل کر کے اس کا دررحمی استعمال کیا جائے، اور اگر پہلے معتاد سے حیض مکمل طور پر بند نہ ہو جائے تو اس کا مکرر استعمال کیا جائے۔ یہ طریقہ نہایت لاچار ہو کر اختیار کیا جاتا ہے اور اس کی غائت صرف

196 یہی ہوتی ہے کہ مریضہ کو ناقابلِ برداشت تکلیف سے ضرور نجات دلائی جائے۔ یہ ظاہر ہے کہ اس طریقہ کا اختیار کرنا اس امر کا اعتراف ہے کہ کوئی اور زیادہ معقول علاج موجود نہیں۔ اس سلسلہ میں یہ بھی بیان کیا جا سکتا ہے کہ حال ہی میں ریڈیم کا استعمال اس خیال سے بھی کیا جا چکا ہے کہ حیض کو کچھ عرصہ کے لیئے بند کر دیا جائے، اور بالکل منقطع نہ کیا جائے۔ اسکے نتائج تمام مریضوں میں تو نہیں بلکہ بعض مریضوں میں اطمینان بخش ثابت ہوئے ہیں۔ اس حالت میں حیض ریڈیم کے استعمال کے بارہ ماہ سے لیکر اٹھارہ ماہ تک پھر جاری ہو جاتا ہے۔

استیصالی تدابیر سے احتراز کرنے کی کوشش میں بنٹ (Binet) نے حال ہی میں مشترک حرقفی شریانوں کے درمیان پیش عجزی عصب (pre-sacral nerve) کا جزوی قطع اور مشارکی ضفیرہ (sympathetic plexus) کا اخراج کیا ہے۔ شدید عسر الطمث کے بتیس مریضوں کے علاج کے متعلق جو اطلاع اس نے دی ہے اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ درد سے بالعموم تسکین ہو جاتی ہے، اور اس نے اس عملیہ کو "آسان اور نہایت موثر" قرار دیا ہے! اسی امر کا لحاظ رکھتے ہوئے کہ دردِ حیض رحمی مشارکی ضفیروں کی بیش حساسیت کا نتیجہ ہے ڈی۔ بلاس (D. Bloss) عنق کی ہر ایک جانب پر الکحل (۵ مکعب سمر ۷۰ فیصدی الکحل ۵ فیصدی نوووکین کے ساتھ) کا اشراب کرنے کی تعریف کرتا ہے۔

دردِ حیض کے علاج کے لیئے جو طریقے رائج الوقت ہیں ان کی تعداد اور ان کے تنوع سے اس امر کا بیّن اور واضح ثبوت بہم پہنچتا ہے کہ ابھی تک کوئی ایسی دوا ممکن الحصول نہیں ہے جو ہمیشہ کارگر ثابت ہو۔ جو بیان اوپر دیا گیا ہے اس میں جہاں تک شدید حوضی ضررات کا تعلق ہے وجع الحیض (menorrhalgia) کا ذکر نہیں کیا گیا۔ جو شدید درد ماہواری ایام حیض میں عضوی ضررات مثلاً مزمن انبوبی مبیضی التہاب (chronic salpingo-oöphoritis) دروں رحمی سلعہ (endometrioma)، حوضی التہاب زائدہ (pelvic appendicitis) اور بعض رحمی لیفیات (uterine fibroids) کو اس کثرت سے متلازم ہوتا ہے وہ اس قسم کا عسر الطمث نہیں ہوتا جس کا ذکر ہم کر چکے ہیں۔ یہ مرض کی ایک علامت ہوتا ہے، اور اس کا علاج بھی اسی لحاظ سے کرنا چاہیئے۔ بہرکیف اس امکان کو کافی توجہ کیئے بغیر خارج از بحث نہ سمجھنا چاہیئے کہ وجع الحیض کا باعث کسی عضوی ضرر کی موجودگی بھی ہو سکتی ہے۔ غلطی سے بچنے کا صرف یہی ایک طریقہ ہے کہ صرف خفیف ترین اصابات ہی میں علاماتی علاج کیا جائے، اور

تنقیہ میں محتاط مستقیمی اور مہبلی دو دستی امتحان کی ضرورت پر زور دیا جائے جو حسب ضرورت معدم حس کے زیر اثر کیا جاتا ہے۔ نوجوان اور ناکتخدا عورتوں میں جب صورت حالات اعضائے حوض کے مکمل امتحان کی متقضی ہو تو معمولی درجہ کا خدر (narcosis) ہمیشہ موزوں ثابت ہوتا ہے۔

بین حیضی درد

(INTERMENSTRUAL PAIN)

بعض اوقات دو " ماہواری ایام " کے درمیانی زمانہ میں یا اس زمانہ کے عین وسط میں دردِ شکم شروع ہو جاتا ہے جو اُن احساسات درد سے بالکل مختلف ہوتا ہے جو ایام حیض سے عین پہلے یا ان کے دوران میں محسوس ہوتا ہے۔ ایسا درد جسے جرمن مصنفین " مٹل شمارٹز " (Mittelschmerz) کہتے ہیں باقاعدہ وقفوں پر عود کرتا ہے ' اور عموماً ماہواری ایام کے درمیانی زمانہ کے وسط میں ہوتا ہے ' مگر بعض حالتوں میں اس سے قبل یا اسکے بعد بھی شروع ہوتا ہے۔ اس کا ممیز خاصہ اس کا توازن ہے جو تقریباً اتنا ہی باقاعدہ ہوتا ہے جتنا کہ حیض کا۔ یہ مرض عورتوں کو ان کے مکمل صنفی نمو کے دوران میں عارض ہوتا ہے ' اور بلوغ پر دیکھنے میں نہیں آیا۔ اس عارضہ کے دوران میں اس کے مریض تقریباً ہمیشہ عقیم ہوتے ہیں ' مگر انکی ایک معتد بہ تعداد میں سابقہ رودادِ حمل موجود ہوتی ہے۔ بعض مثالوں میں اس علامت کی ابتدا زچگی یا اسقاط (miscarriage) سے بھی ہوئی ہے۔ فعل حیض بذاتہ تمام حالتوں میں غیر طبعی نہیں ہوتا ' لیکن مریضوں کی ایک معتد بہ تعداد میں عسر الطمث کی اور بعض میں کثرتِ حیض کی شکایت موجود ہوتی ہے۔ چند مثالوں میں بین حیضی درد کے حملہ کے دوران میں آبی یا خون آلود مواد باقاعدہ طور پر خارج ہوتا ہے۔ درد حاد نہیں ہوتا ' اور حقیقت میں شاذ و نادر ہی شدید ہوتا ہے ' لیکن یہ بالعموم مستمر یا حرقی بیان کیا جاتا ہے۔ عسر الطمث کی شدید حالت میں جو درد پایا جاتا ہے اس سے اسکو کوئی مشابہت نہیں ہوتی۔

اکثر مریضوں میں کوئی نہ کوئی مقامی ضرر موجود ہوتا ہے جو معمولی سریری امتحان سے 197
شناخت کیا جا سکتا ہے۔ جو ضرر نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے وہ التہاب ہے۔ اور یہ ایک یا دونوں طرف کی نلیوں اور بیضوں کے باہمی انضمام اور کلانی سے ظاہر ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں

چھوٹا سا لیفیہ یا خلقی غیر وضعیت یا حوضی درون رحمیت (pelvic endometriosis) بھی پائی جاتی ہے۔ بہر حال تمام حالتوں میں یہ فرض نہیں کیا جاسکتا کہ جو مرضی کیفیت حوض میں منکشف ہوئی ہے وہی درد کا باعث ہوگی۔

بین حیضی درد کا ماخذ اگر تمام اصابات میں نہیں تو بیشتر میں بیضین ہوتے ہیں۔ اور فعل تبویض کی کسی نہ کسی غیر طبعی حالت سے سریری امور کی توجیہہ ہوسکتی ہے۔ چنانچہ اس سے ان امور کی وجہ سمجھ میں آجائے گی کہ اس میں نوبتی توازن کیوں پایا جاتا ہے، اور ایام حیض کے ساتھ اس کو کیوں ایک اختلاف پذیر تعلق ہے، اور نلیوں اور بیضوں کے التہابی حسرات کے ساتھ کیوں یہ اکثر و بیشتر پایا جاتا ہے۔ یہ ممکن ہے کہ ملتہب یا منضم بیضین میں گرافی جراب کی پختگی کا عمل ناقص ہوتا ہو، اور یہ زیادہ مشکل ہوجاتا ہو، اور اس لئے درد خیز بھی ہوجاتا ہو۔ یہ صاف ظاہر ہے کہ درد پردۂ ابیض میں عمومی دبازت کے پیدا ہونے سے یا اس کے سطح بیض کے اس حصہ سے منضم ہوجانے سے پیدا ہوسکتا ہے جس پر پختہ جراب ظاہر ہوتا ہے۔ بعض مؤلفین نے یہ نظریہ پیش کیا ہے کہ اس درد کا سبب متوقف استسقائے انبوبہ (hydrosalpinx) ہے (دیکھو صفحہ 632)۔ اگرچہ اس نظریہ سے اس آبی مواد کے خارج ہونے کی توجیہہ ہوجاتی ہے جو درد کے ساتھ گاہے گاہے موجود ہوتا ہے، لیکن اس سے اس عارضہ کے اس عظیم خاصہ یعنی اس کی منتظم دوریت کی توضیح نہیں ہوتی، اور اس لئے اس کو تسلیم نہیں کیا جاسکتا۔

درد خیز تبویض کا علاج یہ ہے کہ اگر کوئی مقامی ضرر موجود ہو تو اس کا تدارک کیا جائے۔ درد کے حملوں سے ان تدابیر سے تسکین حاصل کی جاسکتی ہے جو عسر الطمث کی حالتوں میں اختیار کی جاتی ہیں۔ مریضوں کے مستقل طور پر شفایاب ہونے کی امید نہیں ہوتی، لیکن یہ بیان کیا جاچکا ہے کہ جزوی بیض برآری (partial oöphorectomy) اور غلافی لیوٹینی دویرو (theca-lutein cysts) اور دویری گرافی جرابوں (cystic Gräafian follicles) کے استیصال سے کسی قدر کامیابی ہوئی ہے۔ حال ہی میں پیش عجزی (pre-sacral) اور بیضی بافتوں کی مشارکی برآری (sympathectomy) اور ماساریقائے بیض (mesovarium) میں الکحل کا اشراب کرنے کا مشورہ دیا جاچکا ہے۔

باب دوم ۔ فتوراتِ فعل

استقرارِ حمل

(CONCEPTION)

جماع مولم (دورانِ مجامعت میں درد یا دقّت کا احساس)

(DYSPAREUNIA)

دورانِ مجامعت میں یا تو درد محسوس ہو سکتا ہے، اور یا دقّت پیش آ سکتی ہے۔ اِس صورتِ حالات کو جماع مولم (dyspareunia) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ جیسا کہ اِس اصطلاح کا عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے اِس سے صرف وہی مجامعت مراد لی جاتی ہے جس کے دوران میں درد ہو، مگر زیادہ صحیح معنوں میں اسمیں صنفی عدم حسیت (sexual anæsthesia) اور برودت (frigidity) کی سی حالتوں، اور نیز ایسے ضررات کو بھی شامل سمجھنا چاہیئے جو خالصتہً میکانی ہوں، اور جن سے مقاربت مشکل یا غیر ممکن ہو جاتی ہو۔ بعض عورتیں اِس امر کے متعلق مشورہ طلب کرتی ہیں کہ اِن میں صنفی احساس بالکل موجود ہی نہیں۔ ایسے مریضوں میں ازدواجی تعلقات زیادہ درد اور کراہیت کا باعث نہیں ہوتے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہیئے کہ صنفی برودت کو عقم ہمیشہ متلازم نہیں ہوتا، لیکن اِس سے ازدواجی تعلقات میں کشیدگی بالعموم پیدا ہو جاتی ہے۔ صنفی عدم حسیت کے اسباب کے متعلق مختلف خیالات پیش کئے ہیں، لیکن چونکہ ابھی کوئی زیادہ صحیح معلومات بہم نہیں پہنچیں اس لئے یہ توجیہات زیادہ تر نظری ہی ہیں۔ ایک نظریہ عصبی نظام کو اِس کا ذمہ دار قرار دیتا ہے۔ یا تو بظر اور مہبل کے اندر کی عصبی انتہاؤں کا محیطی 198 ہیجان ناکافی ہوتا ہے اور یا ہوتا ہی نہیں، اور یا قشرۂ دماغ سے ایسے نفسی الاصل امتناعی اثرات پیدا ہوتے ہیں جو طبعی احساسات کو منقطع کر دیتے ہیں، اور یا تناسلی نخاعی معکوسی مرکز

(genito-spinal reflex centre) کی تحریک پذیری میں کمی پائی جاتی ہے۔ بظر کے اندر کی عصبی انتہائیں صنفی فعلیات میں ایک اہم فعل سرانجام دیتی ہیں۔ اور صنفی برودت یا کراہت کے اصابات میں مریضہ کو اس عضو کے فعل کے متعلق واقفیت پہنچانا چاہئیے۔ یوہمبین (yohimbine)، ڈیمیانا (damiana)، سٹرکنین (strychnine)، اور کینتھیرائڈس (cantharides) کی طرح کی دواؤں سے علاج کرنے کا اصل اصول نخاعی اور قشروی مراکز کو کیمیائی ذرائع سے ہیجان پہنچانا ہے۔ ایک اور نظریہ ہے جس کی رو سے صنفی برودت کو داخلی افرازات کی، اور خاصکر درقی اور زنانہ صنفی ہارمونوں کی قلت سے منسوب کیا جاتا ہے۔ جن حالتوں میں برودت کے ساتھ صنفی ہارمونوں کی قلت کی شہادتیں موجود ہوتی ہیں، ان کیلئے حال ہی میں ایسی ترکیبات کے استعمال کی سفارش کی گئی ہے جن میں شبق انگیز ہارمون موجود ہوتا ہے۔

ایسی کئی ایک مختلف حالتیں ہیں جن سے دوران مجامعت میں عورت کو درد محسوس ہوتا ہے اور اس لئے جماع مشکل ہو جاتا ہے۔ جن مریضوں میں یہ علامت موجود ہوتی ہے اُن میں محتاط تحقیق کی ضرورت ہوتی ہے۔ درد شاذونادر ہی تیز ہوتا ہے، اور یہ بالعموم دھیما اور مستمر قسم کا بتایا جاتا ہے، اور مجامعت کے بعد بھی چند گھنٹوں تک باقی رہتا ہے۔ جن مریضوں میں جماع مولم کی ابتدا ازدواجی زندگی کے آغاز ہی سے ہو جاتی ہے اُن کی کیفیت اُن مریضوں سے مختلف ہوتی ہے جن میں یہ طبیعی ازدواجی زندگی کے کچھ عرصہ بعد پیدا ہوتا ہے۔ قبل الذکر حالت میں مریضہ محض جماع مولم کی وجہ ہی سے مشورہ طلب کرتی ہے، اور موخر الذکر میں اس کے ساتھ بالعموم دیگر علامات بھی موجود ہوتے ہیں۔ بعض خلقی غیر طبعی حالتیں، مثلاً غیر منثقب یا بے حد مزاحم پردۂ بکارت یا غیر منثقب مہبل، یا اس قنال کے حصّۂ زیرین کا ضیق (stenosis)، جماع کو ناممکن بنا دیتی ہیں۔ ایک اور قسم کی میکانی رکاوٹ بھی اکثر اوقات پائی جاتی ہے، یعنی مہبلی عضلۂ عاصرہ کا تشنج، اور غالباً دیگر سطحی مجانی عضلات کا بھی۔ یہ حالت تشنج المہبل (vaginismus) کے نام سے مشہور ہے (میرئین سمس :Marion Sims)، اور اس کی ابتدا در اصل ایک محافظ فعل کے طور پر ہوتی ہے جو مریضہ کو کسی مقامی ضرر سے پیدا شدہ درد سے محفوظ رکھتا ہے۔ لیکن اکثر ایسا بھی ہوتا ہے کہ جہاں کوئی مقامی سبب شناخت نہیں کیا جا سکتا وہاں بھی یہ بخوبی نمایاں ہوتا ہے۔ بعض اوقات عصبی المزاج عورتوں میں جماعِ مولم کی شکایت موجود ہوتی ہے مگر کوئی ایسی مقامی

مرضی حالت معلوم نہیں کی جاسکتی جس سے یہ منسوب کیا جاسکے۔ اس حالت میں مقامی تشنج جو بعض اوقات شدید ہوتا ہے ایک ذہنی معکوسہ کا بلاواسطہ نتیجہ ہوتا ہے، اور جس کا اثر مجامعت سے پہلے ہی ظاہر ہوجاتا ہے۔ حساسیت اس لئے پیدا نہیں ہوتی کہ جیسے خوف سے سکڑ جاتے ہیں، کیونکہ مریضہ ایسی حالت میں بھی جبکہ وہ تکمیل زفاف کی خواہشمند ہو جماع کی کوشش کی متحمل نہیں ہوسکتی۔ اس شکایت میں بعض اوقات "خودرو تغیرات" (spontaneous variations) واقع ہوجاتے ہیں، (یہ اصطلاح میتھیوز ڈنکن: (Mathews Duncan نے وضع کی ہے)، اور یہ غائب بھی ہوجاتی ہے۔ اس کے مظاہر دوسری عصبانیتوں کی طرح جائل (erratic) ہوتے ہیں، چنانچہ ایک موقع پر تو مریضہ کے لئے مجامعت قاعدۃً ناقابل برداشت ہوتی ہے، اور وہ معدم حس کے اثر کے بغیر امتحان کی کوششوں کی متحمل نہیں ہوسکتی، اور دوسرے موقع پر وہ امتحان کرنے والی انگلی کے داخل ہونے کی تکلیف برداشت کرسکتی ہے، اور امتحان بغیر کسی دقت کے کیا جاسکتا ہے۔ علاوہ ازیں کبھی کبھی تشنج المہبل ایسی عورت میں بھی پیدا ہوجاتا ہے جسے پہلے مجامعت میں کوئی مشکل پیش نہیں آتی تھی۔ شدید اصابات میں امتحان کرنے کی کوشش سے عضلات میں درد خیز اینٹھن اور عصبی تحریک پیدا ہوجاتی ہے، سرین اوپر اٹھ جاتے ہیں، کمر خمیدہ ہوجاتی ہے، اور رانیں ایک دوسری سے زور سے مل جاتی ہیں۔ ایسی حالتوں میں امتحان سے پہلے معدم حس کا استعمال ضروری ہوتا ہے۔ ایسے اصابات کا اندراج بھی کیا جاچکا ہے جن میں عضلہ رافع مبرز (levator ani) کے تشنج سے پہلے مجامعت شروع ہوگئی تھی، اور پھر تشنج اتنے زور سے پیدا ہوگیا کہ قضیب باہر نہیں نکالا جاسکا (قضیب محبوس penis 199
(captivus: فرٹش (Fritsch) نے ایک واقعہ درج کیا ہے جس میں قضیب کو باہر نکالنے کے لئے عورت کو اسے کلورا فارم دینا پڑا۔

مریضوں کے ایک دوسرے گروہ میں مقامی امتحان سے حفرہ زورقیہ میں چھوٹا سا قرحہ یا انشقاق، یا عرقی لحیمہ (vascular caruncle)، یا ملتہب پردہ بکارت یا ملتہب لحیمات آسیہ (carunculæ myrtiformes) شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ جماع مولم کے یہ سب معروف و مشہور اسباب ہیں، اور انکی وجہ سے عصبی المزاج مریضہ میں درد خیز معکوس تشنج پیدا ہوسکتا ہے جس سے مجامعت بالکل ناممکن ہوجاتی ہے۔

ایسے مریضوں کا علاج بعض اوقات نفسیاتی تجزیہ (psycho-analysis)

یا تنویمی اثر آفرینی (hypnotic suggestion) سے کامیابی سے کیا جاسکتا ہے، لیکن صادق تشنج المہبل کی شدید حالت کا شافی علاج آسان کام نہیں جیسا کہ ان مقدمات سے ظاہر ہوتا ہے جو فسخ نکاح کے لئے عدالتوں میں وقتاً فوقتاً دائر کئے جاتے ہیں۔ انذار کے متعلق ہمیشہ احتیاط سے رائے دینا چاہئے، اور بہ حیثیت مجموعی یہ زیادہ امید افزا نہیں ہوتا۔ یہ عارضہ حمل کے بعد بھی عود کر آتا ہے۔

بہرکیف بہت سے مریضوں میں اس تکلیف دہ علامت کا کوئی نہ کوئی مقامی سبب دریافت کیا جاسکتا ہے۔ لہٰذا جماع مولم کے مقامی اسباب مندرجۂ ذیل ہیں:—

خارجی اسباب۔

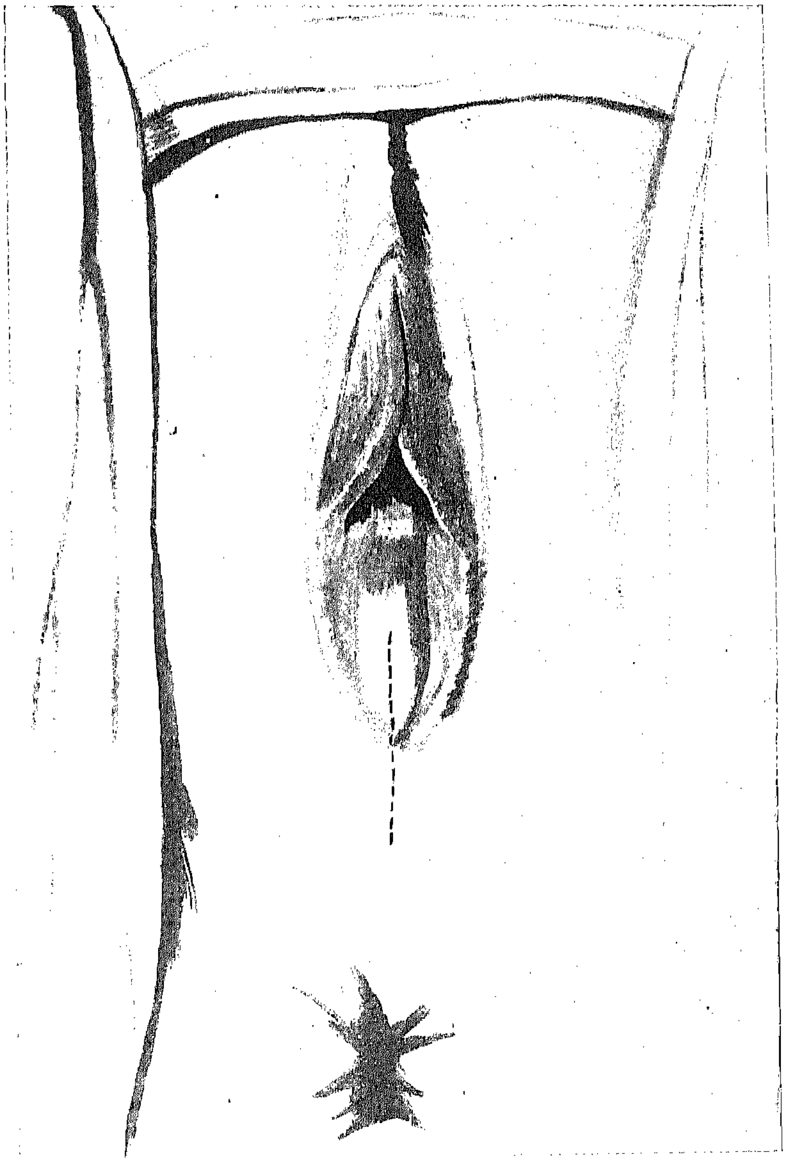
حاد یا مزمن التہاب فرج یا التہاب مہبل۔ پژمردگیٔ فرج (kraurosis)۔
بارتھولینی غدد کا التہاب۔
پردۂ بکارت اور دیگر حصص کے (جن پر دہنۂ مہبل مشتمل ہے) شقاق اور قرحے۔
لحیماتِ آسیہ کا مزمن التہاب۔
مبالی لحیمہ (urethral caruncle)، مزمن التہاب مبال یا سکین کے غدد (Skene's glands) کا مزمن التہاب۔
تشنج — تشنج المہبل۔

داخلی اسباب۔

رحمی ضمیمہ جات یا باریطون یا خلوی بافت کا حاد یا مزمن التہاب۔
رحم کی خلفی غیر وضعیت جبکہ انضمامات وغیرہ سے پیچیدہ ہوگئی ہو۔
بیض کا سقوط۔
عنقِ رحم کا خلقی تطول۔

جب کوئی مقامی سبب معلوم نہ کیا جاسکے تو مردانہ عضو اور دہنۂ مہبل میں عظیم عدم تناسب کی موجودگی کا امکان فراموش نہ کرنا چاہئے۔ جماع مولم کے تمام مریضوں کے سلسلہ میں خاوند سے بھی ملاقات کرنا چاہئے جس سے عورت کے مقابلہ میں بالعموم زیادہ مفصل اطلاع حاصل کیجا سکتی ہے۔

جماع مولم کے مریضوں کیلئے محتاط مقامی امتحان کی ضرورت ہے جس میں معائنۂ فرج شامل ہے۔



شکل ۱۲۷۔ شیخ الہبل کے اصابات کے لئے شگاف۔

حفرۂ زورقیہ کے خطہ کے شقاقات بآسانی نظر انداز کئے جاسکتے ہیں تاوقتیکہ مناسب تنویر سے بہت احتیاط کے ساتھ امتحان نہ کیا جائے۔ یہ شقاقات عام طور پر شدید عضلی تشنج (تشنج المہبل) کی حالت میں پائے جاتے ہیں جس سے ان کی شناخت اور زیادہ مشکل ہوجاتی ہے تاوقتیکہ معدم حس کا استعمال نہ کیا جائے۔

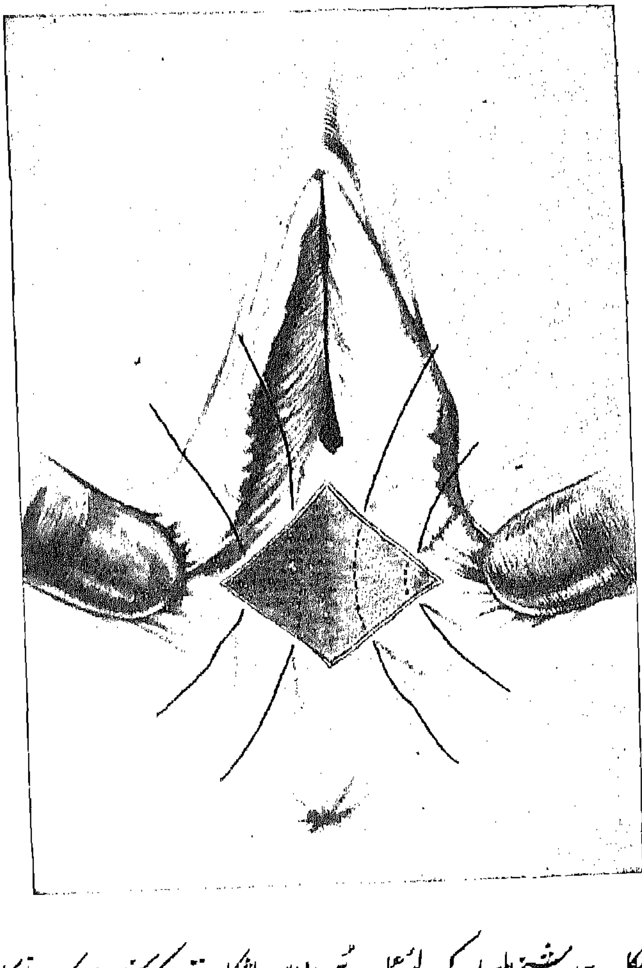
تشنج المہبل (vaginismus) اگرچہ کوشش مجامعت کے دوران میں پیدا ہوا ہو مگر نرمی سے اصبعی امتحان کرنے پر بعض اوقات نمودار نہیں ہوتا۔ لیکن اگر مہبل کی موخر دیوار کے حصۂ زیرین پر انگلی سے پیچھے کی طرف کو دباؤ ڈالا جائے تو تشنج کا اکثر واضح طور پر مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ اگر کوئی خارجی سبب معلوم نہ کیا جاسکے تو رحمی ضمیمہ جات کی التہابی حالتوں یا تبیضین کے سقوط کو مستثنےٰ کرنے کے لئے ایک محتاط دودستی امتحان سرانجام دینا چاہئے۔

جماع مولم (dyspareunia) کا علاج یہ ہے کہ اگر کوئی مقامی سبب موجود ہو تو سب سے پہلے اس کا ازالہ کیا جائے یا اس میں تخفیف کی جائے۔ غیر منشق یا غیر منثقب پردۂ بکارت کا استیصال معدم حس کے زیر اثر کیا جاسکتا ہے، دہنۂ مہبل میں شگاف دیکر اسے متسع کیا جاسکتا ہے۔ شقاقات اور الیم لحیمات آسیہ کا استیصال کیا جاسکتا ہے۔ تشنج المہبل (vaginismus) کا علاج ہمیشہ مشکل ہوتا ہے۔ سب سے پہلے یہ ضروری ہے کہ مریضہ کا کلی اعتماد حاصل کیا جائے، اور اس کے لئے بہت سے استقلال اور مہارت کی ضرورت ہوتی ہے۔ بہرکیف اگر محتاط تحقیقات کے بعد عورت کو اس امر کا یقین دلانے میں کامیابی ہوجائے کہ کوئی حقیقی درد پیدا نہیں ہوتا تو یہ سمجھنا چاہئے کہ اس کی ذہنی حالت کے علاج کا اہم مرحلہ طے ہوگیا۔ والتھرڈ (Walthard) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ شکم کے عضلات فرش حوض کے عضلات کے متضاد عضلات ہیں۔ 201
لہٰذا اگر تشنج المہبل کی مریضہ کانکھے، اور اپنے عضلات شکم کو استعمال کرے تو تشنج بالعموم رفع ہوجاتا ہے، اور ولکانائٹ کے موسع (vulcanite dilator) (دیکھو شکل ۱۲۹) کی طرح کا آلہ مہبل میں داخل کیا جاسکتا ہے۔ ان اصولوں پر متواتر تعلیم دیکر مریضہ کے دل سے تکلیف کا خوف رفع کردینے کا نتیجہ انجام کار یہ ہوتا ہے کہ تشنج مہبل واقع نہیں ہوتا۔

جماع مولم کے داخلی اسباب کا علاج مسبب حالت کا مناسب علاج کرنے سے کیا جاتا ہے۔

مرض کی خفیف سی حالتوں میں مجامعت سے تقریباً دس منٹ پہلے ۱ فیصدی کا ہم کوکین کا

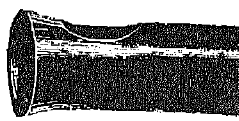
استعمال کرنے سے تکلیف نہیں ہوتی۔ اگر یہ تدبیر ناکام ثابت ہو تو مریضہ کو معدم حس کے زیر اثر لاکر پردۂ بکارت کے اندر کے حلقہ کو مہبلی موسّعات کے ذریعہ سے زور سے تشنج کر دیا جائے،



شکل ۱۲۸۔ تشنج المہبل کے لئے عملیہ۔ اُس الماسی الشکل رقبہ کے کناروں کو ملانے کا طریقہ جو انگلیوں کے جانبی جر سے پیدا کیا گیا ہے۔

اور ایک بڑی جسامت کا موسّع چند گھنٹہ بعد تک مہبل میں رہنے دیا جائے۔ بعد میں بڑھتی ہوئی جسامت کے موسّعات ہر روز داخل کئے جائیں، اور چند گھنٹوں تک ان کو علی حالہ رہنے دیا جائے۔

جب مخفف علاج کے باوجود بیش حساسیت اور تشنج برقرار رہے تو یہ لازم ہوتا ہے
کہ پہلے سطحی ہیلی عاصری عضلہ میں شگاف دیا جائے اور اس کے بعد بتدریج میکانی اتساع کیا جائے۔
202 شگاف خط وسطی پر پیچھے کی طرف دیا جاتا ہے، اور یہ پردہ بکارت سے ایک انچ اوپر سے شروع
ہوتا ہے، اور حفرہ زورقیہ اور عجانی جسم پر سے گزرتا ہوا پردہ بکارت سے ایک انچ نیچے
پہنچ جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۲۷)۔ یہ اتنا گہرا ہونا چاہیے کہ اس سے جلد اور اغشیۂ مخاطی اور نیز
ماتحت عضلی ریشہ جات کٹ جائیں۔ کٹی ہوئی بافتوں کے باہر کی طرف کھنچ جانے کی وجہ سے
وسطی شگاف میں ایک مستعرض دو کی خام سطح رہ جاتی ہے جو اوپر کے کنارے کو نیچے کے
کنارے کے ساتھ متوقت ٹانکوں سے ملانے سے بند کر دی جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۲۸)۔ ایک
وسطی شگاف کی جگہ اسی طرح کے دو جانبی شگاف دئے جا سکتے ہیں۔ جب زخم مندمل ہو جائے
تو مریضہ کو مذکورہ بالا قسم کے ایک انبوبی موسع فرج (tubular vulval dilator) کا
استعمال سکھا دینا چاہیے۔ اول اول موسع داخل کرنے سے پہلے فرج پر مرہم کوکین لگا لینا چاہیے
تاکہ درد سے مایوسی پیدا نہ ہو۔ اس کو ہر رات یا ایک رات چھوڑ کر داخل کرنا چاہیے، اور
نصف گھنٹہ سے لیکر ایک گھنٹہ تک رہنے دینا چاہیے۔ اگر ضرورت ہو تو اس علاج کو کئی ہفتہ
تک جاری رکھنا چاہیے، اس سے بیشتر مریضوں کو شفا حاصل ہو جاتی ہے گو تمام کو نہیں ہوتی۔



شکل ۱۲۹- موسع ہیل- یہ اوزار انبوبی منظار کے مشابہ ہے لیکن اسکا ایک سرا بند ہے۔
یہ شیشہ یا ولکانائٹ کا ہوتا ہے۔

اگر جماع مولم کا سبب گہرا واقع ہو تو مریض نہ صرف جماع کے دوران ہی میں تکلیف
محسوس ہونے کی شکایت کرتے ہیں بلکہ ایک مستمر درد کی بھی شکایت کرتے ہیں جو حوض میں چند
گھنٹے بعد تک بھی ہوتا ہے۔ اس درد کا سبب اکثر یا تو اکیلا ہی و دیری البیم مبیض ہوتا ہے جو
ڈگلس کی جیب میں مسقوط ہوتا ہے، اور یا اس کے ساتھ رحم کی خلفی غیر وضعیت بھی موجود ہوتی ہے۔
اگر مزمن التہاب کی وجہ سے مبیض یا فلوپی نلی منضم ہو تو اس وقت تک آرام کی توقع نہیں

کی جا سکتی جب تک کہ مرض زدہ ضمیمہ جات نہ نکال دئے جائیں۔ بخلاف اس کے رحم کو اسکی اصلی وضع پر لانا، اور ہاج (Hodge) یا البرٹ سمتھ (Albert Smith) قسم کی خود قائم پیسری کو احتیاط سے بٹھانا، غیر منضم بیض کو ضربہ کے احاطہ سے اوپر اٹھا دینے کے لئے اکثر کافی ہوتا ہے۔ جب دردِ مجامعت کا کوئی مقامی سبب منکشف نہ کیا جا سکے تو جماع کو کچھ عرصہ کے لئے ترک کر دینے کی ہدایت کرنا چاہئے، اور جب ازدواجی تعلقات بچہ شروع کئے جائیں تو مجامعت سے پاؤ گھنٹہ پہلے فرج کو مرہم کوکین (۱۰ فیصدی) لگانے سے وقتِ جماع کو رفع کرنے میں مدد ملتی ہے۔

باب دوم۔ فتوراتِ فعل

عقم

(STERILITY)

تولید کا انحصار مرد کی طبعی صنفی فعالیت پر بھی اتنا ہی ہے جتنا کہ عورت کی طبعی صنفی فعالیت پر۔ لہٰذا عقم ہمیشہ عورت ہی کی طرف سے پیدا نہیں ہوتا، اگرچہ وہ حالتیں جن سے اسکے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے مرد کی نسبت عورت میں زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ یہ اندازہ کیا گیا ہے کہ جو ازدواجات بار آور ثابت نہیں ہوتے ان میں سے ۲۰ تا ۲۵ فیصدی میں اولاد نہ
پیدا ہونے کی ذمہ داری مرد پر ہوتی ہے۔ ایسی مثالیں بھی دیکھنے میں آئی ہیں جن میں بالکل تندرست 203
افراد کا عقد عقیم ثابت ہوا مگر بعد میں ازدواجِ ثانی سے ہر ایک کے ہاں اولاد پیدا ہوئی۔ جن خاندانوں میں استعدادِ تولید اوسط درجہ کی یا اس سے زیادہ ہوتی ہے ان کے افراد کے ہاں ان اشخاص کے مقابلہ میں جن میں یہ استعداد نسبتًہ کم یا رو بہ تنزل ہو اولاد پیدا ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ اس بیان کا اطلاق کثیر العیال خاندانوں کے کلاں تر افراد پر غالبًا زیادہ ہوتا ہے کیونکہ اس امر کے متعلق کسی قدر ثبوت مہیا ہو چکا ہے کہ خرد ترین ارکان کے ازدواج سے قوتِ تولید میں تخفیف پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ بعض خاندانوں کا رجحان بعض نسلوں کی طرح معدوم ہو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ عمل یا تو فعالیتِ تولید میں مترقی نقص پیدا ہو جانے اور یا کسی موروثی مرض کی وجہ سے وقوع میں آتا ہے۔

عقم کی عام طور پر دو قسمیں بیان کی جاتی ہیں۔ ایک مطلق اور دوسری اضافی۔ قبل الذکر میں کسی ایسی حالت کی وجہ سے جو حمل کے لئے قطعی طور پر مانع ہوتی ہے استقرار حمل کبھی نہیں ہوتا۔ اور موخر الذکر میں حمل کامیاب انتہا تک نہیں پہنچتا۔ لہذا عقم اضافی ایک تبادلتی مسئلہ ہے اور آئندہ اس کا ذکر نہیں کیا جائیگا۔ میتھیوز ڈنکن (Matthews Duncan) نے جو قاعدہ مقرر کیا ہے اس کا عام طور پر خیال رکھنا چاہئے۔ اور وہ قاعدہ یہ ہے کہ ان نوجوان اشخاص کے ازدواج کو جو بیس اور تیس سال کی عمروں کے درمیان عمل میں آیا ہو عقیم تصور نہیں کیا جا سکتا تاوقتیکہ چار سال نہ گزر جائیں۔ اگر عورت کی عمر تیس سال سے متجاوز ہو اور پہلا بچہ پیدا ہونے میں دیر ہو رہی ہو تو اس امر کی اہمیت ایسی عورت میں کم عمر کی عورت کے مقابلہ میں زیادہ ہوتی ہے۔ اس لئے یہ مناسب ہے کہ شادی کے تقریباً دو سال گزرنے کے بعد طرفین کے متعلق مکمل تحقیقات کی جائے۔ بہرکیف اس تنظیم کی مثالیں بھی وقتاً فوقتاً دیکھنے میں آتی ہیں جن میں پندرہ سال کی طویل عقیم ازدواجی زندگی کے بعد بچہ پیدا ہوتا ہے۔ اگر شادی ہوئے زیادہ عرصہ گزر گیا ہو اور عقم کا سوال زیر غور ہو تو اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ کہیں مانع حمل ذرائع اختیار کرنے سے استقرار حمل کو عمداً تو نہیں روکا گیا۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ ازدواجی زندگی کے ابتدائی حصہ میں بہت سے نو عمر زن و مرد استقرار حمل کو پسند نہیں کرتے۔ اور اس لئے چار یا پانچ سال کی مدت کا جو معیار ازدواج کو عقیم قرار دینے کے لئے بالعموم ایک اصول کے طور پر تسلیم کیا جاتا ہے اس میں انفرادی حالتوں میں بعض اوقات ترمیم کرنے کی ضرورت ہوگی۔

عقم مطلق عمل تولید کے اولین مدارج کے غیر مکمل رہ جانے کا نتیجہ ہے۔ یا تو تخصیب (fertilization) ہی عمل میں نہیں آتی۔ اور یا تخصیب بیضہ منصب ہونے سے قاصر رہتا ہے اور فوراً تباہ ہو جاتا ہے۔ بیضہ کی عدم تخصیب عموماً اس امر کی طرف اشارہ کرتی ہے کہ حیوانات منویہ اور ابتدائی بیضوں (Öocytes) کا باہمی اتصال نہیں ہوتا۔ اور اس کے وجوہ یہ ہیں۔ (۱) منوی خلیوں کی عدم فعالیت جس کی وجہ سے یہ قلوی خلیوں تک جہاں طبعی طور پر تخصیب واقع ہوتی ہے، نہیں پہنچ سکتے۔ (۲) منی سے حیوانات منویہ کا فقدان (انعدام حیوانات منویہ :azoöspermia) یا تناسلی قنال میں غیر طبعی مواد ولس سے منوی خلیوں کا اتلاف۔ (۳) تناسلی قنال میں میکانی رکاوٹوں کی موجودگی جس کی وجہ سے یہ آگے نہیں جا سکتے، مثلاً عنق کا تضیق (stenosis) جس کی وجہ سے حیوانات منویہ رحم میں داخل

نہیں ہو سکتے، یا فلوپی نلیوں کی مسدودیت جو بیضہ کو شکمی دہنوں (abdominal ostia) میں داخل نہیں ہونے دیتی۔ (۴) تبویض کے طبعی عمل کی ناکامی، مثلاً ممکن ہے کہ بیضی خلیہ مبیض سے اپنے اردگرد کے انضمامات کی وجہ سے یا پردۂ ابیض کی غیر طبعی دبازت کی وجہ سے بخوبی آزاد نہ ہو سکتا ہو۔ مخصب بیضہ نا تندرست یا غیر طبعی دروں رحمہ کی وجہ سے بھی مدفون ہونے میں ناکام رہ جاتا ہے جیسا کہ رحم کی عفونتی سراتنوں، اور ہیکلی خلیات کے ناقص ریزہی تعامل کی حالت میں ہوتا ہے۔ تناسلی قنال کے کسی حصہ کا عدم وجود یا اس کا شدید سوءِ نمو بھی عقمِ مطلق کا باعث ہوتا ہے۔

مذکورۂ بالا حالتوں میں سے بعض ایسے مقامی اسباب پر مشتمل ہیں جن کی سریریاتی شناخت کی جا سکتی ہے۔ لیکن عقم ان عورتوں میں بھی پایا جاتا ہے جن میں کوئی بھی مقامی سبب دریافت 204
نہیں کیا جا سکتا۔ اس لئے یہ ضروری ہے کہ اُن عمومی حالتوں کو بھی معلوم کیا جائے جو استقرارِ حمل کے لئے مساعد اور مانع ہیں منجملہ ان کے عمر کی اہمیت سب سے زیادہ ہے، اور عورت کی عمر مرد کی نسبت زیادہ اہمیت رکھتی ہے۔ جن عورتوں کی ازدواجی زندگی ۲۰ اور ۳۰ سال کی عمر کے درمیان شروع ہوتی ہے اُن کی استعدادِ تولید سب سے زیادہ ثابت ہوتی ہے۔ اور جن عورتوں میں مذکورہ زندگی کی ابتدا ۴۰ سال کی عمر میں ہوتی ہے ان کے متعلق میتھیوز ڈنکن (Matthews Duncan) نے یہ معلوم کیا ہے کہ ان میں سے ۸۵ فیصدی عقیم ہوتی ہیں۔

جن آدمیوں کی صحت خراب ہوتی ہے اور جو آدمی قعودی پیشوں سے تعلق رکھتے ہیں ان کی استعدادِ تولید ان آدمیوں کی نسبت کم ہوتی ہے جن کی صحت بہت اچھی ہو اور جو میدانی زندگی بسر کرتے ہوں۔ عورتوں کی صحتِ عامہ کا جو اثر تولید پر ہوتا ہے اس کی اہمیت مرد کی صحت کے مقابلہ میں کم ہے۔ یہ امر عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ جو عورتیں عسر الطمث کی مریض ہوتی ہیں ان کی استعدادِ تولید اُن عورتوں کی نسبت کم ہوتی ہے جن کو دورانِ حیض میں بہت زیادہ درد نہ ہوتا ہو۔ اس نظریہ کا انحصار میتھیوز ڈنکن، ویڈلر (Vedeler) اور دوسروں کے مشاہدات کے اعداد و شمار پر ہے۔ حیض کی بے قاعدگیاں حتیٰ کہ بے طمثیت کے نمایاں مدارج بھی، اوسط استعدادِ تولید کے متناقض نہیں۔ علاوہ ازیں یہ بھی معلوم ہو جانا چاہیے کہ جن عورتوں میں مردانہ خواص کی پیدائش کا رجحان پایا جاتا ہے انکی استعدادِ تولید کم ہوتی ہے۔

عمومی مسائل پر غور کرنے کے بعد عقم کا ممکن مقامی سبب بھی تلاش کرنا چاہیئے۔

جن مقامی حالتوں کا ذکر حیاض موطم کے اسباب کے طور پر کیا گیا ہے ان کا رجحان طبعی عمل مجامعت میں مخل ہونے کے باعث امتناع استقرارِ حمل کی طرف ہوتا ہے۔ بعض خلقی غیر طبعی حالتیں استقرارِ حمل کے لئے قطعی طور پر مانع ہیں، مثلاً غیر منثقب مہبل (دیکھو صفحہ 151)، رضیعی رحم، سخت مبالیت، اور خنثیت (صفحہ 157)۔ اور بعض کے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ وہ استقرارِ حمل میں صرف مزاحمت ہی پیدا کرتی ہیں اور اسکے لئے قطعی طور پر مانع نہیں، مثلاً مخروطی عنق، عنق کا بیش پرورشی تطول، اور صغیر الجسامت بیش خمیدہ رحم، یا "حلزونہ نما رحم" (شکل ۱۰۱)۔ خارجی فم کے چھوٹے ہونے سے بھی (جسے اسی لئے "سوزنی فم رحم" کہا جاتا ہے) استقرارِ حمل کی امید کم ہوتی ہے۔ رحم کی ایسی غیر وضعیتیں جن کے ساتھ کوئی پیچیدگی موجود نہ ہو استقرارِ حمل میں کوئی شدید رکاوٹ پیدا نہیں کرتیں، اور ایسی بے شمار مثالیں پائی جاتی ہیں جن میں پس گردہ رحم حامل ہو جاتا ہے۔ اور ساتھ ہی ایسا بھی ہوتا ہے کہ بے اولاد عورت میں خلفی غیر وضعیت کو درست کر دینے سے اکثر استقرارِ حمل ہو جاتا ہے۔ درون رحمی بیش پرورش اور رحم کے لیفیتی سلعات بھی اسی قسم کے حالات سے تعلق رکھتے ہیں جن سے کہ غیر وضعیتیں رکھتی ہیں، گو ان کا اثر نسبتہً زیادہ غیر مساعد ہوتا ہے۔ درون رحمی التہاب کی سرائتی قسمیں خواہ وہ جسیمی ہوں یا عفنی استقرارِ حمل کے لئے تقریباً قطعی طور پر مانع ہیں۔ جن باریطونی انضمامات سے انبوبی دہنہ اور مبیض ماؤف ہو گئے ہوں ان سے دونوں فلوپی نلیوں کے مسدود ہو جانے سے استقرارِ حمل ناممکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات انبوبی اور گرد انبوبی التہاب کے نتائج سے کم و بیش مکمل طور پر شفا حاصل ہو جاتی ہے، اور اس لئے یہ ضروری ہے کہ جب دورانِ عملیہ میں دیرینہ انضمامات پائے جائیں تو انذار کے متعلق احتیاط کی جائے۔ ایسی کئی ایک مثالیں ہمیں معلوم ہیں جن میں ڈگلس کی جیب کے بہت بڑے خراج کی براستہ مہبل معلیت ہو جانے پر بھی استقرارِ حمل ہوا۔ فلوپی نلیوں کا انفتاح دریافت کرنے کے لئے اب ہمارے پاس ایک قابل اعتماد سریریاتی ذریعہ ہے، اور یہ انبوبی تنفیخ کا طریقہ ہے۔ عقم کے مریضوں کے متعلق تحقیق کرنے میں اس طریقہ (امتحان) کو روزمرہ کا دستور بنا لینا چاہیے۔ گائلز (Giles) کے مطابق عقم ۳۳ فیصدی کتخدا عورتوں میں انبوبی مسدودیت کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔

تکھوس یا خبیث دو جانبی بیضی سلعات بعض اوقات تمام بیضی قشرہ کو تباہ کر دیتے ہیں، اور ان یا ذنوبیض کے باعث استقرار حمل کو ناممکن بنا دیتے ہیں۔ غیر خبیث بیضی نوساختوں سے تمام کی تمام فعال بیضی بافت شاذ و نادر ہی تباہ ہوتی ہے۔ 205

اگر عورت میں کوئی مقامی غیر طبعی حالت دریافت نہ کی جاسکے تو یہ عین ممکن ہے کہ نقص مرد ہی میں ہو۔ اسلئے ایسی تمام حالتوں میں یہ بہتر ہوگا کہ مرد کا معائنہ کیا جائے اور یہ معلوم کرلیا جائے کہ اس کی رجولیت میں کسی قسم کا ضعف یا نقص تو نہیں۔ اس تحقیقات کیلئے ہمیشہ منی کے امتحان کی ضرورت ہوتی ہے کیونکہ ایسا بھی ہوسکتا ہے کہ صنفی فعالیت کے قائم ہوتے کے باوجود حیوانات منویہ کی حیویت ناقص ہو، اور یا یہ بالکل غائب ہی ہوگئے ہوں۔ مزمن التہاب خصیہ (chronic orchitis)، جو سوزاک سے یا کن پیڑ (mumps) کے بعد پیدا ہوا ہو، مردمیں اکثر عقم کا باعث ہوتا ہے جبکہ دونوں خصیے متاثر ہوچکے ہوں۔ اس حالت میں حیوانات منویہ خصیتی افرازمیں یا تو محض قلیل تعداد میں موجود ہوتے ہیں اور یا بالکل غائب ہوتے ہیں۔

علاج ۔ مذکورہ امور کی بنا پر یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ عقم کی تمام حالتوں میں مرد کی حالت بھی اتنی ہی توجہ کی محتاج ہوتی ہے جتنی کہ عورت کی۔ مرد کی جسمانی حالت کی اصلاح سے اکثر اوقات طویل زمانۂ عقم کا خاتمہ ہوجاتا ہے۔ علاج عقم کے لئے عورت پر صرف اسی حالت میں عملیے سرانجام دینا جائز ہیں جبکہ مرد میں کوئی نقص معلوم نہ کیا جاسکے۔ خاوند کی استعداد تولید کا امتحان کرنے کا ایک عام طریقہ یہ ہے کہ رفالہ (condom) یا غلاف (sheath) (شکل ۱۳۲) میں سے اس کی منی کا ایک نمونہ حاصل کیا جائے، اور نیم گرم سٹیج پر اس کا امتحان کیا جائے کہ آیا اس میں حیوانات منویہ موجود ہیں، ان کی تعداد کیا ہے، یہ کس قسم کے ہیں، اور ان کی حرکت پذیری کیسی ہے۔ اس سادہ طریقہ پر اس امر کی بنا پر اعتراضات کئے گئے ہیں کہ تجربہ سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ رفالہ میں قتال مردانہ خلیات کے پائے جانے کے باوجود ان کے ان افرازات سے تباہ ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے جو عنق اور مہبل میں موجود ہوتے ہیں۔ ہونر (Hühner) نے یہ بیان کیا ہے کہ تاوقتیکہ عنق میں بلا واسطہ امنانہ کیا جائے استقرار حمل کا امکان نہیں ہوتا کیونکہ حیوانات منویہ مہبل کے ترشئی ماحول میں بہت جلد ہلاک ہوجاتے ہیں۔ لہٰذا ہونر کا کاشفہ (Hühner's test) یہ ہے کہ جماع کے بعد چند گھنٹے کے اندر ہی قنال عنق میں سے مخاط کا امتصاص کرلیا جائے، اور

اس افراز میں یہ دیکھنا چاہیئے کہ آیا حرکت پذیر حیوانات منویہ موجود ہیں۔ اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ خالص سائنٹفک نقطۂ نظر سے اس کا تشفہ کی تائید میں بہت کچھ کہا جاسکتا ہے، لیکن عملی دقتوں کی وجہ سے اس کی مخالفت بھی کی جاتی ہے، اور اس لئے یہ عام طور پر اختیار نہیں کیا جاتا۔

بہرکیف ہونر کی تحقیقات سے یہ منکشف ہوا ہے کہ عنق اور افرازِ عنق استقرارِ حمل کے سلسلہ میں بہت اہم فریضہ سرانجام دیتے ہیں، اور اس سے یہ بھی ظاہر ہوتا ہے کہ جو مقامی ضررات موجود ہوں ان کا ازالہ بے حد ضروری ہے، مثلاً عنقی تاکل، دریدگی، بیش پرورشی تطوّل، مخروطی عنق، چھوٹے فم خارجی، یا مزمن التہاب کا۔ یہ تمام حالتیں اس فعل میں مخل ہوسکتی ہیں۔ مزید برآں اگر قنال عنق کا بلا واسطہ امنا (direct insemination) فی الحقیقت اس قدر اہم ہے تو ایسے امور کو، جیسے کہ موخر ہیلی قبوہ سے عنق کا تعلق، (مثلاً رحم کی پس گردیدگی یا عنق کی پیش خمیدگی)، اور عورت کے التذاذ (orgasm) کی تکمیل میں، عقم کے لحاظ سے نئی اہمیت دینا ہوگا۔ اسی عنوان کے تحت ان تمام حالات کی اصلاح کو بھی شامل کرنا ہوگا جو جماع مولم کا باعث ہیں اور تکمیلِ جماع میں مخل ثابت ہوتے ہیں۔

علاجِ عقم کے مسئلہ سے چند عمومی قواعد ایک اہم تعلق رکھتے ہیں۔ مریضوں کو کثرتِ مباشرت سے منع کردینا چاہیئے۔ اور جن حالتوں میں بہت بے اعتدالی کی گئی ہو ان میں میاں بیوی کو کئی ایک ہفتوں کے لئے علیحدہ علیحدہ رہنے کی ہدایت کردینا چاہیئے۔ علاوہ ازیں یہ بھی بتادینا چاہیئے کہ استقرارِ حمل کے لئے مناسب ترین وقت زمانۂ حیض کے عین بعد کے ایام ہیں۔ اس امر کی تائید میں معقول تشریحی اور فعلیاتی دلائل پیش کئے جاسکتے ہیں۔ تبویض بالعموم حیضی دور کے بارھویں اور سترھویں دنوں کے درمیان واقع ہوتی ہے، اور چونکہ تخصیب اکثر و بیشتر
206 فلوپی نلیوں میں واقع ہوتی ہے اس لئے بعد حیضی امنا سے یہ امر یقینی ہو جاتا ہے کہ نلیوں میں مردانہ عناصر اس وقت ضرور موجود ہوں گے جبکہ ابتدائی بیضہ (öocyte) تناسلی خطہ میں داخل ہوگا۔ فان فرینکے (von Franqué) نے یہ اندازہ کیا ہے کہ فعل امنا اور مخصب بیضہ کے رحم میں پہنچنے کے درمیان آٹھ سے لیکر دس دن کا وقفہ ہوتا ہے۔ لہٰذا بعد حیضی امنا اور تخصیب سے اس امر کا بھی یقین ہو جائے گا کہ بیضہ درون رحمہ پر اس وقت پہنچے گا جبکہ یہ قبل از حیض یا ازدیادی حالت میں ہوگا (دیکھو صفحات 101 تا 105)۔ اور یہ قرین قیاس ہے کہ اس درجہ تک درون رحمہ بیضہ کے دفن ہونے اور اس کے تغذیہ کے لئے بہترین طور پر طیار ہوتا ہے۔

جب بیضے اور منوی حیوان تندرست ہوں، اور مباشرت طبعی طور پر عمل میں آئی ہو تو عقم کا عام ترین سبب کوئی نہ کوئی تشریحی نقص ہوتا ہے جو تناسلی خطہ کے بالائی حصہ میں امراضیاتی ضررات سے پیدا ہوتا ہے۔ ۳۰۰ عقیم ازدواجات ہیں جن کے متعلق آر۔ ایل۔ ڈکنسن (R.L. Dickinson) اور ڈبلیو۔ کیری (W. Cary) نے تحقیقات کی ہے، سب سے بڑا عام ترین نقص التہاب انبوبہ تھا (۳۹ فی صدی)۔ اس امر کی روشنی میں فلوپی نلیوں کے اندر کے طویل المدت التہابی اثرات کا شناخت کرنا، جن کی وجہ سے ان میں بل پڑ جاتے، یا انضمامات پیدا ہو جاتے یا تنگی یا رحمی دہنوں کے بند ہو جانے سے تسدد واقع ہو جاتا ہے، نہایت عظیم الاہمیت ہے۔ ۱۹۱۳ء میں اول اول بروکلن (Brooklyn) کے کیری (Cary) نے یہ دکھایا کہ براستہ مہبل نلیوں کے انفتاح کا مظاہرہ ممکن العمل ہے۔ شعاع نگار پر سایہ لانے کے لئے اول اول اس نے کولارگال (collargol) کا استعمال کیا، اور پھر وہ سوڈیم آئیوڈائیڈ کا ۵۱ فیصدی محلول استعمال کرنے لگا۔ اس سایہ سے نہ صرف کسی تسدد کی موجودگی ہی ظاہر ہوتی ہے بلکہ اس کا محل وقوع بھی معلوم ہو جاتا ہے۔ اس وقت سے لیکر اب تک کئی کیمیائی عوامل استعمال کئے جا چکے ہیں۔ موجودہ زمانہ میں جو چیز سب سے زیادہ کثرت سے مستعمل ہے وہ ''لپائیوڈال'' (lipiodol) ہے (دیکھو صفحہ 142 اور شکل ۱۰۰)۔

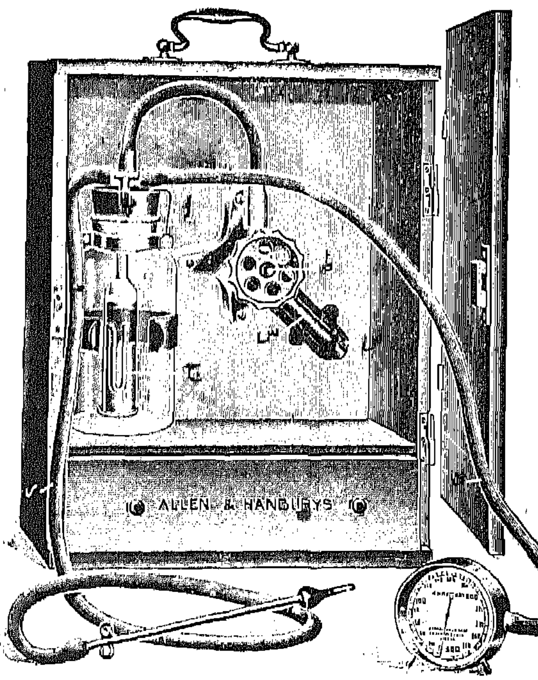
رحمی انبوبی نفوخ (Utero-tubal Insufflation) ۱۹۱۹ء میں ربن (Rubin) نے یہ دریافت کیا کہ فلوپی نلیوں کے انفتاح کا مظاہرہ تناسلی خطہ کے بالائی حصہ میں ایک عنقی یا رحمی نلکی کے ذریعہ سے آکسیجن یا کاربن ڈائی آکسائیڈ کا نفوخ کرنے سے زیادہ آسانی سے کیا جا سکتا ہے۔ قطع نظر تشخیصی اہمیت کے نلیوں کا نفوخ بہت سی حالتوں میں عقیم مریضوں کے لئے بظاہر مفید ثابت ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ یا تو یہ انبوبی مخاطیہ کے تشکنوں کے درمیان کے انضمامات کو توڑ دیتا ہے، اور مخاط کی ڈاٹوں کو ہٹا دیتا ہے، اور یا یہ ممکن ہے کہ یہ پیچیدہ نلیوں کو سیدھا کر دیتا ہو۔ ربن (Rubin) کا یہ آلہ ایک پیچیدہ میکانیہ ہے اور اس لئے کاربن ڈائی آکسائیڈ کے تکمیسی استوانوں، اور رفتار ہیمائی دباؤ کا اندراج کرنے کیلئے ایک طبیب کے مسلسل استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔ وکٹر بونی (Victor Bonney) نے ایک زیادہ سادہ آلہ طیار کیا ہے جو شاید سائنٹفک نقطۂ نظر سے اتنا صحیح نہیں، لیکن انبوبی مسدودیت کی موجودگی یا عدم موجودگی کا مظاہرہ کرنے کے مقصد کو عملی طور پر پورا کر دیتا ہے۔

اس کا آلہ ایک جوفدار رحمی مجس یا موسّع پر مشتمل ہے جس سے ربڑ کی ایک نلی لگی ہوتی ہے جو دوسرے
سرے پر ایک ٹی (T) نما ٹکڑے کے ذریعہ سے ربڑ کے ایک جوفہ دار اور سادہ ڈائیل دار فشار
پیما سے تعلق رکھتی ہے۔ اِس آلہ کے استعمال کا یہ طریقہ ہے کہ قنالِ عنق کو وسیع کرنے کے بعد
جوفدار موسّع کو کہفہ رحم میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ تھیلی کو کسی دافعِ عفونت سیال سے بھر دیا
جاتا ہے، اور جوفہ کو ہاتھ سے دبایا جاتا ہے۔ اگر فلوپی نلیاں منفتح ہوں تو فشار پیمائی دباؤ کے
۱۰۰ سیمابی ملی میٹر سے اوپر جانے کے بغیر ہی ان کی تنفیخ ہو جائے گی۔ یہ دباؤ ضرر کے کسی
خطرہ کے بغیر ۲۰۰ ملی میٹر تک بڑھایا جا سکتا ہے، لیکن اس عدد سے اوپر نلی یا عنق کے منشق
ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

برطانیہ عظمیٰ کی بہت سی سریریات گاہوں میں انبوبی تنفوخ کے لئے ایک اور سادہ
آلہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ کیوریئر (Currier) کا آلہ ہے جو پروِس (Provis) کا مرممہ ہے
(دیکھو شکل ۱۳۰)۔ اسکے ضروری اجزا یہ ہیں۔ (۱) مضغوط گیس کا ایک اسطوانہ۔ (۲)
ایک سیمابی فشار پیما۔ (۳) ایک آبی مصراعی اسطوانی۔ (۴) ایک دروں عنقی یا رحمی نلکی
207 (دیکھو شکل ۱۳۱)۔ گیس کا جو اسطوانہ استعمال کیا جاتا ہے وہ "سپارکلیٹ" (sparklet) کے
تجارتی نام سے مشہور ہے۔ اس میں کاربن ڈائی آکسائیڈ بہت دباؤ سے بھری ہوتی ہے۔
"سپارکلیٹ" کو ایک دھاتی نلی کے ساتھ جوڑ دیا جاتا ہے جس میں سے گیس گذر کر اسطوانی
تک پہنچتی ہے، جس کے ساتھ ایک ٹی (T) نما ٹکڑے اور ربڑ کی نلی کے ذریعہ سے ایک فشار پیما
بھی لگا ہوتا ہے۔ گیس اسطوانی میں سے ایک نکاس نلی کے ذریعہ سے رحم میں جاتی ہے۔ اسطوانہ
میں سے گیس ایک پیچے کو پھرا کر نکالی جاتی ہے جس پر چھوٹے چھوٹے درجوں کے نشان ہوتے
ہیں تاکہ گیس کے خارج ہونے کی رفتار مکمل طور پر منضبط رکھی جا سکے۔ ۵۰ تا ۸۰ مکعب ملی میٹر
کا دباؤ منفتح فلوپی نلیوں میں سے گیس گذارنے کے لئے بالعموم کافی ہوتا ہے۔ اس درجہ تک پہنچنے
کے بعد پارہ اوپر نہیں اٹھتا تاوقتیکہ اسطوانی میں گیس کے آنے کی رفتار بہت زیادہ نہ ہو۔
اگر دباؤ ۲۰۰ مکعب میٹر تک پہنچ جائے تو یہ نتیجہ نکالا جا سکتا ہے کہ دونوں نلیاں مسدود
ہیں۔

بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ نلیاں شکمی دہنہ کے عضوی طور پر بند ہو جانے سے
مسدود نہیں ہوتیں، بلکہ انسدادِ انضمامات میں دہنہ کے مدفون ہو جانے سے، اور

بعض حالتوں میں نلی کے تنگنائی حصہ میں تضییق کے پیدا ہو جانے یا اس کے بل کھا جانے، یا اسکے عضلی تشنج تک سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اس لئے ایک ہی امتحان کے منفی نتیجہ کو تسلیم نہ کرنا چاہیئے۔ قبل از حیض فعالیت کے درجہ میں دروں رحمہ بعض اوقات اس قدر دبیز ہو جاتا ہے کہ نلی کا رحمی

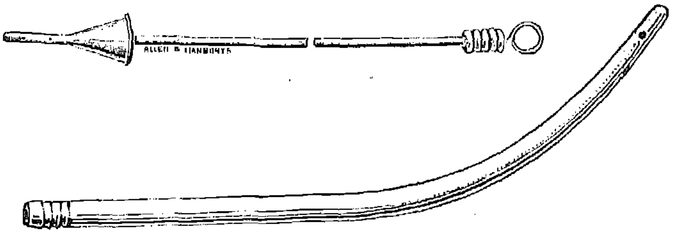


شکل ۱۳۰۔ انبوبی نفوخ کے لئے آلہ۔ کیوریٹر کا نمونہ پیرو ویس کا مرمہ۔ ا۔ کمان دار شکنجہ۔ ب۔ ڈاٹ۔ ج۔ حجم پیما۔ د۔ ربڑ کی نلی جو فشار پیما سے پیوستہ ہے۔ س۔ ربڑ کی نلی جو رحمی قاساطیر سے پیوستہ ہے۔ ص۔ سپارکلیٹ ص میں، جو اسکے لئے گیرندہ کا کام دیتا ہے۔ ط۔ روک ڈاٹ۔

حصہ مسدود ہو جاتا ہے، اور اس لئے گیس داخل نہیں ہو سکتی۔ لہٰذا اس کا نفخہ کو ایام حیض کے ختم ہونے کے سات دن کے اندر اندر یعنی دروں رحمہ کے درجۂ التقاف ہی میں سر انجام دینا چاہیئے۔

اگر عملیہ کُن کو کچھ شبہ ہو جائے تو ایک دفعہ اور ضرور تکرار کرنا چاہیئے، اور اگر ممکن ہو تو یہ کاشفہ تین دفعہ سرانجام دینا چاہیئے، یہ ظاہر ہے کہ اس طریقۂ کار کی تکمیل کیلئے سخت دافع عفونتی احتیاط کی ضرورت ہے۔ اگر مہبل یا عنق میں ریمی مواد موجود ہو تو اس طریقۂ کار کو عمل میں لانا قطعی طور پر ممنوع ہے۔

208 عنق کے اتساع سے عقم کے علاج میں بہت مدد ملتی ہے۔ چونکہ اس کا اثر عارضی ہوتا ہے اس لئے اس کو مناسب ترین وقت پر عمل میں لانا چاہیئے۔ علاوہ ازیں اسے اس طرح سرانجام دینا چاہیئے کہ رحمی بافتوں کو کوئی ضرر نہ پہنچنے پائے، جیسا کہ غیر ضروری طور پر بڑے بڑے موسّعات کا استعمال کرنے سے درید کی پیدا ہو جاتی ہے۔ ابتدا میں گرم محلول نمک کے نطولات سے عنق کی بافتوں کو نرم کیا جا سکتا ہے، اور اس طرح اتساع میں آسانی پیدا کی جا سکتی ہے۔ اس قسم کے نطولات ایک ہفتہ تک دن میں دو مرتبہ کرنے چاہئیں، اور ہر نطول کے بعد روئی کا ایک حمول (tampon) گلیسرین سے تر کر کے مہبل کے بالائی حصہ میں رکھ دینا چاہیئے۔ اتساع عنق ایام حیض کے اختتام پر انجام دینا چاہیئے، اور دھات کے نمبر ۱۰ موسّع سے اوپر نہ کرنا چاہیئے (دیکھو صفحہ 337)۔



شکل ۱۳۱۔ انبوبی نفوخ کے لئے رحمی نلیوں کی قسمیں ہیں۔

امریکہ میں اتساع عنق اور رحمی انبوبی نفوخ تشخیصی طریقۂ عمل کے طور پر مشورہ کے کمرہ یا طبیب کے "دفتر" ہی میں سرانجام دے لئے جاتے ہیں۔ برطانیہ عظمیٰ میں یہ طریقہ رائج نہیں ہوا، اور اس طریقۂ کار کا استعمال اس خیال سے صرف دار العلاج ہی میں کیا جاتا ہے کہ

اگر آلۂ نفوخ سے مسدودیت کا وجود ظاہر ہوگا تو ممکن ہے کہ شکم شگافی کا عملیہ سرانجام دینا پڑے۔
بونی (Bonney) نے یہ رائے پیش کی ہے کہ دوران شکم شگافی ایک رحمی نلکی کو علیٰ حالہٖ چھوڑ دینا
چاہیئے تاکہ اس سے مسدودیت کا مقام ظاہر ہو، اور یہ ثابت ہوسکے کہ آیا مسدودیت
رفع ہوچکی ہے یا نہیں۔

اگر انبوبی نفوخ سے یہ ظاہر ہو کہ کم از کم ایک نلی منفتح ہے تو عملیہ تجویز کرنے سے پیشتر
ہمیشہ مختلف طریقوں سے کافی طویل عرصہ تک علاج کرنا چاہیئے۔ فلوپی نلیوں کے شکمی دہنوں کی
دونوں طرف کی التہابی مسدودیت استقرار حمل کے لئے بلاشبہ کلی طور پر مانع ہے، اور ان
حالتوں میں نلی کو کھولنے اور مصنوعی شکمی دہنہ بنانے کے لئے کوششیں کی جاچکی ہیں (انبوبی تفویہ
salpingostomy:)۔ اس عملیہ کو سرانجام دینے کا خیال اس وقت تک نہ کرنا چاہیئے جب تک کہ
التہابی فعالیت کے تمام سریری علامات غائب نہ ہوجائیں۔ اگر نلی کی دیوار میں نمایاں دبازت
پائی جائے تو یہ بہت ممکن ہے کہ مصنوعی دہنہ منفتح نہ رہے گا۔ لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ انبوبی تفویہ سے
محدود استفادہ ہی کیا جاسکتا ہے، اور اصابات کو بہت احتیاط سے منتخب کرنے کی ضرورت ہوتی
ہے۔ انبوبی ضررات کے جو علاج کئے جاتے ہیں ان میں سے انبوبی دہنہ کا کھولنا گو نہایت سادہ
اور نہایت آسان معلوم ہوتا ہے مگر مزاولت فن میں اس میں کامیابی نہیں ہوئی جو بادی النظر میں
ممکن معلوم ہوتی ہے۔ اس ناکامی کی وجہ قطع نظر اس بعد عملیتی مسدودیت کے جو التصاقات سے
واقع ہوجاتی ہے، یہ ہے کہ اسی امراضیاتی سبب سے جس سے نلی کے بعیدی سرے پر اکثر ضرر
پیدا ہوتا ہے رحمی دہنہ بھی بند ہوجاتا ہے۔ جب ایسی حالت موجود ہو تو اس کی شناخت ایک
چھوٹی سی نلکی اور پچکاری کے ذریعہ سے فلوپی نلیوں کا براستہ شکم انتفاخ کرنے سے
کی جاسکتی ہے جیسا کہ بلیر بیل (Blair Bell) نے رائے دی ہے۔ ان صورت حالات کے
تحت چند مثالوں میں انبوبی رحمی تنصیب (tubo-uterine implantation) یا انبوبی
پیوند کاری (tubal grafting) کی کوشش کی جاچکی ہے جس میں کامیابی ہوئی ہے۔ اسکے لئے 209
جو ضروری طریقہ کار اختیار کیا جاتا ہے اس کے لئے معتدبہ مہارت اور ہوشیاری کی ضرورت
ہے، اور اس عملیہ کو سرسری تصور نہ کرنا چاہیئے۔ یہ طریقہ ابھی بالکل جدید ہے اور ایسے مطبوعہ
اندراجات جن سے اس کی کامیابی ثابت ہو اس قدر قلیل التعداد ہیں کہ اس امر کے
متعلق کوئی پختہ رائے قائم نہیں کی جاسکتی کہ انجام کار یہ کس قدر مفید ثابت ہوتا ہے۔

ایچ۔ این۔ شا[1] (H. N. Shaw) نے ایک ایسے اصابہ کا بیان شائع کیا ہے جس میں صرف ایک ہی بقیہ نلی کے بیرونی سرے کا انتصاب قرن الرحم میں کرنے کے بعد استقرارِ حمل ہو گیا تھا اور ہم (بی۔ ڈبلیو) کو بھی دونوں نلیوں کے بُعدی سروں کا دونوں طرف انتصاب کرنے سے اسی قسم کی کامیابی حاصل ہوئی ہے۔

اس باب کے اختتام پر مصنوعی امنا (artificial insemination) یعنی رحم میں نلکی اور پچکاری کے ذریعہ سے منی داخل کرنے کا مختصر سا ذکر کیا جا سکتا ہے۔ بیطاری جراح اس طریقہ کو مدت سے استعمال کرتے چلے آئے ہیں۔ عورتوں میں اس کا استعمال اول اول میریَن سِمس (Marion Sims) نے سنہ ۱۸۶۶ء میں کیا تھا، مگر اس کے نتائج ناقابلِ اطمینان ثابت ہوئے اور اس لئے اس طریقہ کی شہرت زائل ہو گئی۔ اب زیادہ بہتر ترکیب کے استعمال سے گاہے گاہے کامیابی حاصل ہونے کی اطلاع بھی پہنچی ہے، لیکن اس پر رضامندی کا اظہار کرنیوالی عورتوں کی تعداد بہت ہی کم ہے، اور اس کے نتائج اس قدر مشکوک ہیں کہ اسے وثوق کے ساتھ پیش نہیں کیا جا سکتا۔ اگر اس طریقہ سے کوئی کامیابی حاصل ہو سکتی ہے تو اس کا سب سے زیادہ امکان صرف اسی حالت میں ہے جبکہ منی کے مہبل میں مطروح ہونے کے فوراً بعد ہی اس کو کہفۂ رحم میں داخل کر دیا جائے۔ اس مقصد کی سرانجام دہی کے لئے ایک خاص پچکاری کی ضرورت ہوتی ہے جس کے ساتھ ایک ٹونٹی یا نلکی لگی ہوئی ہو جو اس طرح سے بنی ہو کہ فم داخلی میں سے گذر سکے۔ لیپزگ (Leipzig) کے روہلیڈر[2] (Rohleder) نے عقم کا اس طریقہ سے علاج کرنے سے پینسٹھ مریضوں میں سے اکیس میں کامیابی حاصل کرنے کی اطلاع دی ہے۔

بیضی عقم (Ovarian Sterility)۔ جن صورتوں میں عقم بیض کے ناقص فعلیاتی افعال کو مستلزم ہو جیسا کہ بے قاعدہ حیض، قلتِ طمث (oligomenorrhœa) یا بے طمثیت کے اختلافات پذیر زمانوں سے ظاہر ہوتا ہے، ان میں نخامیہ کے مقدم لختہ اور زنانہ جنسی ہارمونوں کے ذریعہ سے تندرست تبویض کو تحریک پہنچانے کی کوشش کی جا سکتی ہے۔ یہ تسلیم کرنا پڑے گا کہ جو تجہیزات پہلے استعمال کئے جاتے تھے ان سے جہاں تک عقم کے علاج کا تعلق ہے

---

[1] John Hopkins Hosp. Bull., 1921, 32, Sept., p. 867.

[2] *Monographien uber die Zeugung beim Menschen*, I-VI.

کچھ زیادہ مفید نتائج پیدا نہیں ہوتے تھے، لیکن اب جو زیادہ قوی خلاصہ جات ممکن الحصول ہیں ان سے زیادہ کامیابی کی توقع ہے۔ بعض عقم کی حالتوں میں ایسی حال میں لاشعاعوں کے تہیج معتادات سے مبیضین کی تشعیع بھی کی جاچکی ہے، اور فلیٹا (Flatau)، کیپلین (Kaplan)، مائیلز فلپس (Miles Phillips) اور دوسرے محققین نے کامیاب نتائج شائع کئے ہیں (نیز دیکھو بے طمثیت صفحہ 172)۔

جب عقم قلتِ طمث (oligomenorrhœa) اور قلیل اساسی تحول کو متلازم ہو تو درقیہ کا استعمال کرانے سے بعض اوقات مفید نتائج پیدا ہوتے ہیں۔ لٹزنبرگ (Litzenberg) اور کیری[1] (Carey) کی تحقیقات کے مطابق ۱۸۹ عورتوں میں جن کا اساسی تحول — ۱۰ یا اس سے کم تھا عقم کی کثرتِ وقوع ۵۶ فیصدی تھی۔ ان عورتوں میں ۳۰ فیصدی صرف درقیہ ہی سے علاج کرنے پر حاملہ ہوگئیں۔ میکر[2] (Meaker) نے بھی ایسے مردوں میں جن میں عقم کی وجہ اساسی تحول کی کمی تھی علاج بالدرقیہ سے کامیاب نتائج کے حاصل کرنے کی اطلاع دی ہے۔ اس قسم کے مشاہدات سے اس امر کی اہمیت اور واضح ہوجاتی ہے کہ انواعِ انسان میں عقم کا مسئلہ پیچیدگیوں سے گھرا ہوا ہے۔ متوفی جے۔ سی۔ پولیک (J.C. Polak) کے ایک فقرہ سے اس باب کو ختم کرنا زیادہ مناسب ہوگا۔ انھوں نے کہا ہے کہ "اس دلچسپ موضوع کے متعلق بہت سے مسائل لاینحل ہیں۔ اور ان سے یہ معلوم ہوا ہے کہ عقم کے جن مریضوں کا ہم علاج کرتے ہیں ان کی شفایابی اتفاقی یا ضمنی ہی ہوتی ہے کیونکہ تکمیلِ مجامعت کے سلسلہ میں بعض ایسے نفسی یا حیوی کیمیائی امور بھی پائے جاتے ہیں جو ان عورتوں میں بھی جو تشریحی نقطۂ نظر سے بالکل تندرست ہوتی ہیں استقرارِ حمل کو منع کرسکتے ہیں اور کربھی دیتے ہیں"۔

---

[1] American Jour. Obstet. and Gyn., 1929. xvii, No. 4.

[2] Jour. Amer. Med. Assoc., 90, 1928.

Roma Instituto Poligrafico Dello Stato, 1931, Anno IX.

امتناعِ حمل

210

(CONTRACEPTION)

اس باب میں ہم ضبطِ تولید کے اخلاقیاتی یا تہذیبی پہلو پر بحث نہیں کرینگے۔ یہ ایک متنازعہ فیہ موضوع ہے، اور سنینِ حال میں سائنس داں اور غیر فنی حضرات نے اپنے خیالات کی اشاعت سے اسے شائد بیجا شہرت دیدی ہے۔ یہاں اس مسئلہ پر صرف طبی نقطۂ نظر سے غور کیا جائے گا۔

یہ ایک مسلمہ حقیقت ہے کہ بعض حالتوں میں عورت کے حاملہ ہونے سے اسکی زندگی یا صحت کے لئے سخت خطرہ کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ مثلاً یہ بالعموم خیال کیا جاتا ہے کہ کہ مزمن کلوی مرض، حاد ریوی تدرن، اور شدید ضرراتِ قلب پر حمل کا بہت مضر اثر پڑتا ہے۔ اگر ایسی حالت میں استقرارِ حمل ہو جائے تو علاجی اسقاط کا مشورہ دیا جاتا ہے، اور یہ سرانجام بھی دے دیا جاتا ہے، اور قانون اس کی اجازت دیتا ہے۔

سنینِ حال میں ایسے دواعی کی تعداد میں اضافہ کرنے کا رجحان دیکھنے میں آرہا ہے جن کی وجہ سے اسقاطِ حمل کو جائز تصور کیا جا سکتا ہے۔ ان نام نہاد دواعی میں سے جو کثرتِ اولاد سے لے کر انقطاع الطمث کے ذہنی اختلالات تک بتائے جاتے ہیں اور جن کی طرف نہ صرف طبی نقطۂ نظر ہی سے بلکہ اصلاحِ نسل کے خیال سے بھی توجہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے ہماری رائے میں ناجائز ہیں، اور ان کو تسلیم کرنے سے پیشتر بہت سے غور و تامل سے کام لینا چاہیئے اور کسی طبی رفیق سے تصدیق کرا لینا چاہیئے۔ مزید برآں طبیب کو ایسی حالتوں سے بھی مسلسل واسطہ پڑتا ہے جن میں حمل اگر عورت کے لئے خطرناک نہیں تو غیر مناسب ضرور ہوتا ہے اور جب کبھی ایسی صورت پیدا ہو تو اسے اپنی مریضہ کو طبیب خاطر ضروری مشورہ دینا چاہیئے، اور ایسا مشورہ دینے کا اسے اہل بھی ہونا چاہیئے۔ جہاں تک امتناعِ حمل یا ضبطِ تولید کے طبی اطلاقات کا تعلق ہے، یہ تحریری امراض النسا کا ایک اہم جز ہیں، اور شائد یہ ہمارے اطباء ہی کی سابقہ بے التفاتی کا نتیجہ ہے کہ آج اس موضوع کے متعلق بعض نامناسب صورتیں پیدا ہوگئی ہیں۔

دواعی۔ یہ ظاہر ہے کہ امتناع استقرار حمل کے متعلق ماہر فن جو مشورہ دیگا وہ زیادہ تر اس کے ذاتی خیالات پر مبنی ہوگا۔ عمومی نقطۂ نظر سے ان دواعی میں وہ تمام حالتیں شامل ہیں جن میں اگر استقرار حمل ہو جائے تو علاج کے نقطۂ نظر سے اسقاط ضروری ہوگا مثلاً، قلب، پھیپھڑوں اور گردوں کے خطرناک مزمن ضررات، عادم دمویت کے شدید مدارج، ہمزمان خبیث مرض، اور بعض ذہنی امراض وغیرہ۔ علاوہ ازیں ایسی عورتوں میں جن میں استعداد اخصاب بہت زیادہ ہو اور سریع التواتر استقرار حمل کا احتمال ہو امراض یا عملیہ جات (مثلاً عملیہ قیصریہ یا وہ عملیہ جات جو سقوط احشائے حوض کے لئے کئے جائیں) کے بعد کے زمانۂ نقاہت کے مکمل طور پر ختم ہونے تک حمل کا عارضی طور پر روکنا بعض اوقات قرین مصلحت ہوتا ہے۔ اگرچہ یہ فہرست کسی طرح سے مکمل نہیں، مگر اس سے یہ ظاہر ہو جائے گا کہ مزاول فن کو کس قسم کی حالتوں سے دوچار ہونا پڑتا ہے، اور نادانستگی مناسب مشورہ نہ دیا جائے غیر مناسب نتائج کے پیدا ہونے کا احتمال ہوگا۔ یہاں یہ کہنے کی شاید ہی ضرورت ہوگی کہ اسے اس قسم کے امتناع حمل سے کوئی واسطہ نہ رکھنا چاہیئے جس کی خواہش خالصتہً معاشرتی امور کی بنا پر ظاہر کی گئی ہو، مثلاً جبکہ نوکتخدا زن وشوہر کثرت مصارف کا عذر پیش کرتے ہوں یا جبکہ درمیانہ عمر کی شادی شدہ عورت حمل کو محض "باعث زحمت" تصور کرتی ہو۔

امتناع حمل کے طریقے۔ حیوان منوی اور بیضہ کے اتحاد کو روکنے کے لئے جو طریقے گذشتہ اور موجودہ زمانہ میں استعمال کئے جا چکے ہیں وہ خاصکر بلحاظ تعداد و تنوع بہت قابل توجہ ہیں اور یہ اس امر کا ایک بین ثبوت ہے کہ بیشتر کثیر الاستعمال طریقے ناقص اور غیر موثر ہیں، چنانچہ یہ بلاخوف تردید کہا جا سکتا ہے کہ ایسا کوئی مانع حمل ابھی تک معلوم نہیں ہوا جس سے ۱۰۰ فی صدی 211
کامیابی حاصل ہوئی ہو۔ یہ صحیح ہے کہ بعض طریقوں کے استعمال سے غیر مطلوبہ حمل کا استقرار بعید از امکان ہوتا ہے بشرطیکہ اس کی ضروری ترکیب صحیح صحیح طور پر عمل میں لائی جائے، لیکن حقیقت یہی ہے کہ کسی اعلیٰ واکمل مانع حمل کا ابھی تک انکشاف نہیں ہوا۔

امتناع حمل کے لئے جو طریقے رائج الوقت ہیں ان کی تقسیم حسب ذیل ہے:۔

(۱) جراحیاتی طریقہ سے تعقیم۔
(۲) میکانی انسدادی طریقے۔
(۳) دررحمی طریقے۔
(۴) کیمیائی طریقے۔

(۵) حیاتیاتی طریقے۔

(۶) فعلیاتی طریقے ۔ "عزل" ("Coitus interruptus")۔

تعقیم صحیح معنوں میں ضبطِ تولید کا طریقہ نہیں ہے بلکہ امتناعِ تولید کا طریقہ ہے۔ اگر ایک دفعہ تعقیم کرادی جائے تو پھر تلافی مافات غیر ممکن ہے لہٰذا یہ طریقہ صرف انہی حالتوں کیلئے موزوں ہے جن میں حمل کا قطعی سدباب مقصود ہو اور صرف حمل کی تنظیم ہی منظور نہ ہو۔ عورت میں تعقیم فلوپی نلی کے قریبی سروں کے استیصال سے عمل میں لائی جاتی ہے اور اس امر کی احتیاط کی جاتی ہے کہ نلی کے کٹے ہوئے رحمی سروں کو تانت کی دو ڈوختوں سے مکمل طور پر دفن کر دیا جائے ۔ فلوپی نلی کو صرف باندھنا یا کاٹنا ہی کافی نہیں ہوتا بلکہ کہفۂ رحم اور بار بلیطون کے درمیانی ربط کو کاٹ کر عمدہ دوختوں سے ہمیشہ کے لئے مسدود و مختوم کر دینا چاہیئے ۔ کثیر الولادت عورتوں میں مقامِ عملیہ تک عنق الرحم کے آگے یا پیچھے مستعرض شگاف دینے سے براستہ مہبل رسائی کی جاسکتی ہے (دیکھو مہبل شگافی صفحات 860 تا 862)۔ عدیم الولادت عورتوں میں گنجائش کی کمی کی وجہ سے شکم شگافی ضروری ہوتی ہے۔ یہ ایک چھوٹے سے فوق عانی شگاف کے ذریعہ سے سرانجام دی جاتی ہے جو یا تو خطِ وسطی میں دیا جاتا ہے اور یا مستعرض ہوتا ہے۔

تعقیم ایک ایسا عملیہ ہے کہ اسے سرسری تصور نہ کرنا چاہیئے ۔ اس کے نتائج سے میاں بیوی کو کماحقہٗ آگاہ کر دینا چاہیئے اور دونوں کی تحریری رضامندی کے بغیر اسے ہرگز نہ انجام دینا چاہیئے ۔ یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ آئندہ زمانہ میں تعقیم کو اصلاحِ نسل کے ذریعہ کے طور پر پیش کیا جائے اور دماغی اور دیگر انتقال پذیر امراض کی حالتوں میں اسے سرانجام بھی دیا جائے۔

میکانی نسدودی طریقے۔ استقرارِ حمل کو روکنے کے لئے تین میکانی ترکیبیں رائج الوقت ہیں یعنی مردانہ غلاف (male sheath) یا رفالہ (condom) (شکل ۱۳۲ و ۱۳۳)، زنانہ مہبلی نسدودی فرزجہ (vaginal occlusive pessary) (شکل ۱۳۴)، اور عنقی کلاہی فرزجہ (cervical cap pessary) (شکل ۱۳۵)۔ ان کا استعمال عام طور پر کسی تخم کش مدہن کے ساتھ کیا جاتا ہے جس کا ذکر آئندہ کیا جائے گا۔

مردانہ غلاف یا رفالہ (شکل ۱۳۲ و ۱۳۳) سب سے زیادہ کثیر الاستعمال مانعِ حمل چیز ہے اور سی۔ پی بلیکر[1] (C. P. Blaker) کی رائے میں یہ شاید سب سے زیادہ بے ضرر ہے۔

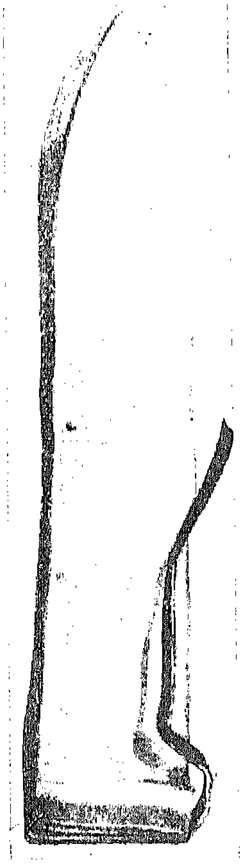
[1] Practitioner, vol. cxxxi., No. 3, September, 1933, p. 256.

غلاف کسی معتبر کارخانہ کا بنا ہُوا استعمال کرنا چاہیئے تاکہ کسی ایسے ادنیٰ قسم کے غلاف کے ملنے کا امکان نہ رہے جس کی ربڑ پرانی اور پھر بھری ہو اور جس میں باریک باریک سوراخ ہوں۔ بلیکر نے اس قسم کے غلاف کے استعمال کی سفارش کی ہے جس کے سرے پر "حلمہ" ہو اور اس کے ساتھ کسی تخم کش مرہم یا جیلی کا استعمال کیا جائے۔ اسے مجامعت سے پہلے پہن لینا چاہیئے، اور صرف انزال سے پہلے ہی نہ پہننا چاہیئے۔ استعمال کے فوراً بعد اسے اچھی طرح سے دیکھ لینا چاہیئے، اور اگر یہ صحیح وسالم نہ ہو تو عورت کو فوراً کسی تخم کش نطول کا استعمال کرنا چاہیئے۔

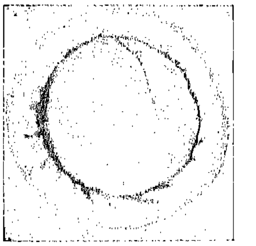
مہبلی انسدادی فرزجہ (Vaginal Occlusive Pessary) ("ڈچ کیپ"

"Dutch cap:") (شکل ۱۳۴) کا استعمال امتناعِ حمل کے اغراض کے لئے آجکل یورپ اور امریکہ 212
کی بیشتر نسوانی سرپرستی گاہوں میں پیش کیا جاچکا ہے۔ یہ فرزجہ ایک عریض قبہ دار ڈایافرام پر مشتمل ہوتا ہے جو ربڑ اور تار کے ایک ضغط پذیر حلقہ کے اوپر تنیدہ ہوتا ہے۔ اسے مہبل میں اس طرح داخل کرنا چاہیئے کہ اس کا تحدب اوپر کو رہے، اور یہ عمل بعینہٖ اسی طرح انجام دینا چاہیئے جس طرح کہ ربڑ کا معمولی حلقہ دار فرزجہ (rubber ring pessary) رحمی اور مہبلی سقوط کے لئے داخل کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۶۷ و ۱۶۸)۔ اس آلہ کو داخل کرتے وقت یہ خیال رکھنا چاہیئے کہ اس کا موخر کنارہ عنق کے نیچے پہنچ جائے تاکہ یہ مہبل کے موخر قبوہ میں بخوبی بیٹھ جائے۔ اگر اس احتیاط پر زور نہ دیا جائے گا تو یہ ممکن ہے کہ فرزجہ مہبل کی مقدم دیوار ہی سے لگا رہے۔ اس صورت میں یہ بالکل بیکار ثابت ہوگا۔ جب "ڈچ کیپ" اپنے مناسب محل پر بیٹھ جاتی ہے تو مہبل پر چھت کی شکل میں تنیدہ ہو جاتی ہے، اور عنق الرحم کو پوشیدہ کرلیتی ہے۔ استعمال سے پہلے اس فرزجہ کی دونوں طرفوں پر کسی مانع حمل مرہم کا طلا کر دینا چاہیئے، اور اس کے داخل کرنے سے پہلے، اور اس کے نکالنے کے بعد صابون اور پانی کے نطول یا کسی دافع عفونت نطول (مثلاً "ڈٹال" :Dettol) کا استعمال کرنا چاہیئے۔ اس آلہ کو مہبل میں آٹھ سے لیکر بارہ گھنٹہ تک بلاخوفِ ضرر رکھا جاسکتا ہے۔ "ڈچ" (Dutch) یا "میسنگا" (Mesinga) فرازج مختلف جسامتوں کے بنائے جاتے ہیں، اور مناسب جسامت کے فرزجہ کا انتخاب کرنا ضروری ہوتا ہے جیسا کہ سقوط کے لئے ربڑ کے فرزجہ کا کیا جاتا ہے۔ اس انتخاب کی ضرورت اس حالت میں خاص طور پر پیش آتی ہے جبکہ فرش حوض میں ارتخا کا رجحان پایا جائے اور قیلہ مثانیہ (cystocele) یا قیلہ مستقیمیہ (rectocele) موجود ہوں۔ ۶۵ ـ ۷۵ ملی میٹر" ناپ کا فرزجہ سب سے زیادہ کثیر الاستعمال ہے، لیکن اس سے بڑے یا چھوٹے فرازج بھی ممکن الحصول ہیں۔

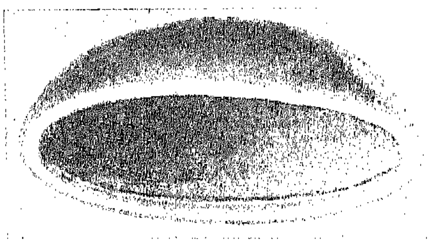
قاعدۃً اُسی فرزجہ کا استعمال کرنا چاہیئے جو اُن فرازج میں سے سب سے بڑا ہو جو بآسانی برداشت



شکل ۱۴۲۔ مردانہ غلاف (میل شیتھ) یا رفالہ (کنڈوم) کھلا ہوا دکھایا گیا ہے جب اس کی ضرورت نہ ہو تو اسے لپیٹ کر رکھ دیا جاتا ہے۔



شکل ۱۴۳۔ مردانہ رفالہ (میل کنڈوم) استعمال سے پہلے۔ غلاف کے لپیٹنے سے اس کے جرم میں نقائص کے پیدا ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔



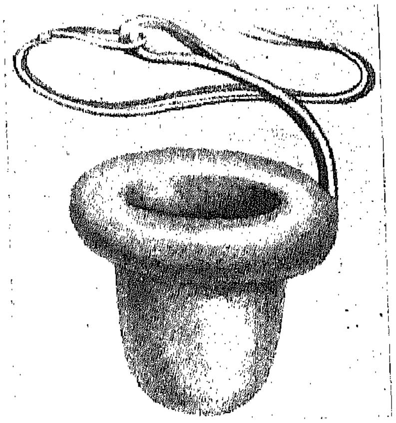
شکل ۱۴۴۔ "ڈچ کیپ" یا "مینسنگا" ہبلی فرزجہ جو میکانی ڈایافرام کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔

کیئے جا سکتے ہیں۔

اس امر کا اعتراف بلا تامل کیا جا سکتا ہے کہ اس طریقہ کو کامیاب بنانے کے لیئے مریضہ کو 213
اپنی تشریح سے بخوبی واقف ہونا چاہیئے اور اسے نہ صرف اس کے داخل کرنے کی ترکیب ہی

معلوم ہو بلکہ وہ یہ بھی پہچان سکتی ہو کہ فرزجہ اپنی صحیح جگہ پر بیٹھ بھی گیا ہے یا نہیں۔ اس طریقہ سے ۵ فیصدی ناکامی ہوتی ہے، اور اس کی وجہ بالعموم یہ ہوتی ہے کہ یا تو اسے غلط لگایا جاتا ہے، اور یا اس کی ضروری ترکیب استعمال میں کوئی دقت پیش آتی ہے اور اس سے کوئی تکلیف ہوتی ہے۔

عنقی کلاہی فرازج (Cervical Cap Pessaries) (شکل ۱۳۵) میں سے دو مستعمل ہیں، یعنی "**ڈوماس**" ("Dumas") اور "**پرورِیس**" ("Pro-race")۔ دونوں کو قبۂ مہبل میں اس طرح بلاواسطہ لگا دیا جاتا ہے کہ **انفعار** نیچے کی طرف رہے اور مہبلی عنق کو یہ مکمل طور پر گھیر لیں۔ "ڈوماس" دونوں میں سے زیادہ عریض ہوتا ہے، اور سقفِ مہبل پر امتصاصی اثر ڈالنے سے اپنی وضع پر قائم رہتا ہے۔ "پرورِیس" کلاہ ("Pro-race" cap) (شکل ۱۳۵) ایک گہرے پیالہ پر مشتمل ہوتی ہے جس کی گر موٹے ربڑ کی ہوتی ہے جو مہبلی عنق پر براہِ راست بیٹھ جاتی ہے۔ اس کے چار سائز ملتے ہیں۔ یہ دونوں فرزجے ایسی حالت میں استعمال کئے جاتے ہیں جبکہ فرشِ حوض کے ارتخا یا عریض مولجِ مہبل کی وجہ سے نسدادی مہبلی فرزجہ کا استعمال مناسب تصور نہ کیا جاتا ہو۔ ہماری رائے میں ان فرزجوں کے استعمال میں چند خرابیاں ہیں، اس لئے ان کے استعمال کی سفارش نہ کرنا چاہئے۔ اولاً یہ کہ یہ رحم کے تمام مواد کے اخراج کو میکانی طور پر بند کر دیتے ہیں، اور اگر کچھ عنقی نازلت پہلے ہی سے موجود ہو تو ان کے طویل المدت استعمال سے زیادہ ہو جاتی ہے۔ دوئم ان کو نکالنے سے کھچاوٹ کا جو اثر عنق پر ہوتا ہے اس سے

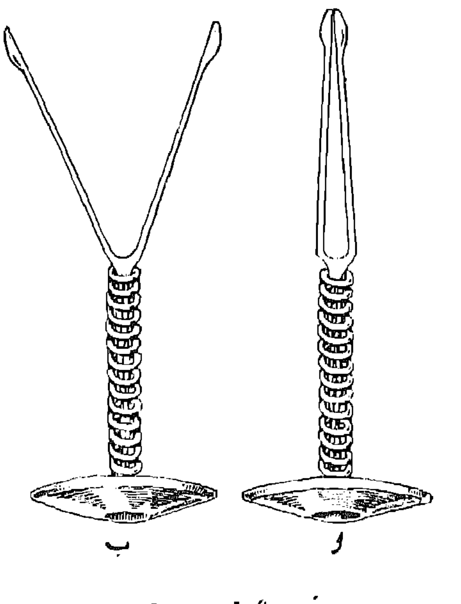


شکل ۱۳۵۔ زنانہ "پرورِیس" فرزجہ (Female "Pro-race" Pessary) مہبلی عنق پر لگانے کے لئے۔

رحمی غیر وضعیت اور بالخصوص پس گردیدگی کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ آخری خرابی یہ ہے کہ عورتوں کو عنقی فرزجہ کے داخل کرنے میں دقت پیش آتی ہے، اور بیشتر حالتوں میں ان کا داخل کرنا

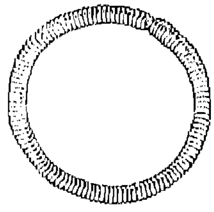
ان کے لئے ناممکن ہوتا ہے۔ تاوقتیکہ یہ فرزجہ عین صحیح طور پر ٹھیک نہ بیٹھ جائے، اس کے سرک جانے کا احتمال ہوتا ہے، اور دورانِ مزاولت فن میں ایسی حالتوں کا پایا جانا مشکل ہے جن میں یہ عین ٹھیک طور پر بیٹھ سکے، کیونکہ عنقوں میں انفرادی طور پر دریدگیاں اور تشریحی اختلافات موجود ہوتے ہیں۔

دررحمی طریقے (Intra-uterine Methods)- امتناعِ حمل کے بعض دررحمی طریقے حال ہی میں پیش کئے گئے ہیں جو ناقابل اعتبار اور خطرناک ہیں، اور جن کا بیان یہاں صرف انکی مذمت ہی کے لئے ضروری ہے۔ "وش بون" عنقی فرزجہ ("Wish-bone" cervical pessary) (شکل ۱۳۶) ایک مرغولی جو فدار تنے پر مشتمل ہوتا ہے۔ جس کے نیچے کے سرے پر ایک چپٹا قرص لگا ہوتا ہے، اور اوپر کے سرے پر دو منفرج بازو ہوتے ہیں۔ قنالِ عنق میں داخل کرنے کے وقت بازوؤں کو آپس میں ملا لیا جاتا ہے، اور جب یہ کہفہ رحم میں پہنچ جاتے ہیں تو کمانیوں کی طرح ایک دوسرے سے الگ ہو جاتے ہیں۔ یہ فرزجہ طلائی ساخت کا ہوتا ہے، اور یہ نہایت ہی خطرناک آلہ ہے۔ اس سے نہ صرف سرائیت زدہ مہبل اور تناسلی خطہ کے درمیان راہ وربط ہی قائم ہو جاتا ہے، 214 جس سے صعودی التہابی ضررات پیدا ہو جاتے ہیں، بلکہ اس سے دیوارِ رحم میں تنخر واقع ہو سکتا ہے جس سے شدید نزف پیدا ہو سکتا ہے۔ "وش بون" فرزجہ ("Wish-bone" pessary) کے استعمال کے بعد التہاب باریطون کے مہلک واقعات بھی دیکھنے میں آئے ہیں، اور اس کا استعمال قطعاً ناجائز ہے۔ امتناعِ حمل کے لئے ایک اور دررحمی آلہ مستعمل ہے۔ یہ گریفن برگ کا حلقہ (Gräfenberg's ring) ہے (دیکھو شکل ۱۳۷)۔



شکل ۱۳۶ - (ا) "وش بون" عنقی تنہ دار فرزجہ ("Wish-bone" Cervical Stem Pessary) جو داخل کرنے کے لئے بند کیا گیا ہے، جو مذکورہ فرزجہ سے تنا ئد کم خطرناک ہے۔ اور (ب) کھلا ہوا ہے۔ یہ نہایت ہی خطرناک آلہ ہے اور اسکا ہرگز استعمال نہ کرنا چاہئے۔

مگر اس کے متعلق یہ ثابت ہو چکا ہے کہ یہ غیر معتبر ہے۔ یہ حلقہ چاندی کے خم پذیر تار کا ایک چھوٹا سا مرغولہ ہوتا ہے جس کے بل قریب قریب ہوتے ہیں۔ اسے کہفۂ رحم میں داخل کر دیا جاتا ہے، اور یہاں اسے بارہ ماہ تک رہنے دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد اس کو نکال لیا جاتا ہے، اور نیا آلہ داخل کر دیا جاتا ہے۔ کوپن ہیگن کے لیون باخ (Leunbach) نے حال ہی میں ضبط تولید کی ساتویں بین الاقوامی کانفرنس میں گریفن برگ کے حلقہ کے بہت خلاف رپورٹ پیش کی ہے۔ ۱۷۶ عورتوں میں سے جن کا اس طریقہ سے علاج کیا جا رہا تھا، اکیس میں اس حلقہ کو مسلسل نزفِ رحم، درد اور جریانِ مواد کی وجہ سے بعد میں نکالنا پڑا۔ دیگر بائیس عورتوں میں یہ حلقے داخل کرنے کے بعد خود بخود باہر نکل گئے اور دو عورتوں میں استقرارِ حمل بھی ہو گیا، باوجودیکہ یہ حلقے کہفۂ رحم میں اپنے اپنے مناسب محل پر موجود تھے۔ لیون باخ نے حاد التہابِ انبوبہ کی بھی تین حالتوں کا ذکر کیا ہے جو اس حلقہ کے استعمال کے ساتھ براہِ راست منسوب کی جا سکتی ہیں، اور اس کا یہ خیال ہے کہ گریفن برگ کا حلقہ قابلِ تسلیم مانعِ استقرارِ حمل کی دونوں خصوصیات سے یقیناً معرا ہے، یعنی نہ تو یہ قابلِ اعتبار ہے اور نہ بالکل بے ضرر۔



شکل ۱۳۷۔ گریفن برگ کا حلقہ جو کہفۂ رحم میں داخل کیا جاتا ہے۔ اس حلقہ کا استعمال بھی بہت خطرناک ہے، اور بطور مانعِ حمل یہ غیر معتبر ہے۔

کیمیائی مانعاتِ حمل (Chemical Contraceptives)

اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ بیضہ پر کیمیائی ذرائع سے مہلک اثر ڈالنا غیر ممکن ہے، اور اس لئے کیمیائی عوامل کا استعمال انسدادِ استقرارِ حمل کے لئے صرف اس حد تک ہی کیا جاتا ہے کہ تخم کش اشیا مہبل اور مہبلی عنق پر اثر کرنے کے لئے شیاف، اقراص، جیلیوں، نطولات اور اسفنجوں (دیکھو شکل ۱۳۸) کی شکل میں استعمال کی جاتی ہیں۔ گذشتہ چند سال سے اس قسم کی کثیر التعداد تجہیزات بازار میں مختلف صنعتی ناموں سے ممکن الحصول ہیں، اور ان کو موثر بتانے میں کم و بیش مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔ سریریاتی آزمائش کرنے سے بہت سی مثالوں میں اس قسم کے بیانات جھوٹے ثابت ہوئے ہیں، اور بلیکر اس امر کا ذکر مندرجۂ ذیل الفاظ میں کرتا ہے۔ "کافی آزمائش کے بعد تمام تجہیزات

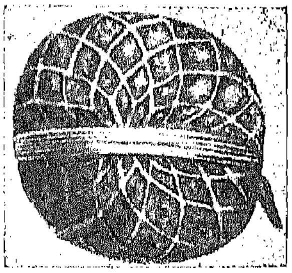
مریضوں کی مختلف تعدادوں میں غیر معتبر ثابت ہوئی ہیں"۔ کیمیائی مانعات حمل کی تائید میں زیادہ سے زیادہ صرف اتنا ہی کہا جا سکتا ہے کہ یہ تسدیدی طریقوں کے ساتھ معاون کے طور پہ استعمال کئے جا سکتے ہیں۔

215 مختلف خالص کیمیائی اجسام اور صنعتی تجہیزات کی تخم کش قوتوں کا مطالعہ جے۔ آر۔ بیکر (J.R. Baker) نے آکسفورڈ میں حیوانیات اور تقابلی تشریح کے شعبہ میں کیا ہے۔ اس نے یہ معلوم کیا ہے کہ حیوان منوی کے لئے سب سے زیادہ سمی عامل مرکیورک کلورائیڈ (mercuric chloride) ہے جو $\frac{1}{256}$ فی صدی محلول میں اس کو ہلاک کر دیتا ہے۔ اس کے بعد فارم ایلڈی ہائیڈ (formaldehyde)، جو $\frac{1}{512}$ فی صدی محلول میں اس کے لئے مہلک ہے، ہیکسل ریسارسین (hexyl resorcin)، سیپونین (saponine) اور آئیوڈین (iodine) ہیں۔ سوڈیم اولیئیٹ (sodium oleate) اور پامیٹیٹ (palmitate) بہت موثر تخم کش اشیا ہیں، اور یہی وجہ ہے کہ مانع حمل اغراض کے لئے عوام صابون اور پانی کے نطول (douche) کا استعمال بالعموم کرتے ہیں اور کامیاب رہتے ہیں۔ بہرکیف مہبلی سر حلمہ پر صابون کا جو خراش آور اثر ہوتا ہے اس کو اس سلسلہ میں یاد رکھنا چاہئے اور اس قسم کی اشیا کے مسلسل استعمال سے نزلی التہاب مہبل (catarrhal vaginitis) اور مزمن سیلان ابیض (chronic leucorrhœa) پیدا ہو جاتا ہے۔ کونین کے محلولات اور فرازج پر بھی یہی صادق آتا ہے جو بطور مانعات حمل بکثرت مستعمل ہیں۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ کونین بائی سلفیٹ (quinine bi-sulphate) اور چائینوسال (chinosol) دونوں نسبتہً کمزور تخم کش ادویہ ہیں، اور اس لئے غیر موثر ہیں۔

بعض صنعتی تجہیزات قابل اعتبار بنائی جاتی ہیں جس کی وجہ یا تو ان کا لعابی اساس ہے جو حیوان منوی کی حرکت پذیری کو میکانی طور پر بند کر دیتا ہے، اور یا کاربن ڈائی آکسائیڈ کی پیدائش ہے جو مہبل میں رکھے ہوئے قرص کے حل ہونے سے جھاگ کی شکل میں نکلتی ہے۔ ان تجہیزات میں اکثر کوئی نہ کوئی کیمیائی تخم کش موجود ہوتا ہے۔ چنانچہ "آرتھوگائینال" (orthogynol) میں آکسی کوئینولین سلفیٹ (oxyquinoline sulphate)، بورک ایسڈ (boric acid) اور گلیسرین ایک لعابی اساس میں موجود ہوتے ہیں، اور "کنٹراسیپٹلین" (contraceptalene) میں لیکٹک ایسڈ (lactic acid) ہوتا ہے۔ "سیموری" (semori) اور "فینل" (finil) کے

اقراص میں ٹارٹیرک ایسڈ (tartaric acid) اور سوڈیم بائی کاربونیٹ کا آمیزہ چائینوسال (chinosol) کے ساتھ موجود ہوتا ہے۔ "سپیٹن" (speton) میں جھاگ پیدا کرنے والے عوامل کے علاوہ ڈائی کلورامین ٹی (dichloramin-T) کا ایک مشتق موجود ہوتا ہے جس کی وجہ سے ہائیپوکلورس ایسڈ (hypochlorous acid) پیدا ہوتا ہے اور انجام کار ناشئی آکسیجن نکلنے لگتی ہے۔

کیمیائی عوامل کو تخم کش ادویہ کے طور پر استعمال کرنے کے سلسلہ میں ایک اہم سوال یہ بھی پیدا ہوتا ہے کہ آیا مستعملہ تخم بے ضرر بھی ہے۔ کونین اور صابون کا جو خراش آور اثر مہبلی سطح پر پڑتا ہے اُس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے۔ اِس مسئلہ کا ایک اور پہلو یہ ہے کہ آیا اُن کے استعمال سے حیوانِ منوی کی قوتِ اخصاب میں کوئی نقص پیدا ہو سکتا ہے، اور اُن بچوں پر جو ان کے ناکام رہنے سے پیدا ہونگے کوئی مضر اثرات مرتب ہوں گے یا نہیں۔ یہ امر بعید از امکان نہیں کہ حیوانِ منوی میں تخم کش ادویہ سے متضرر ہو جانے کے باوجود بیضہ کے اخصاب کی قابلیت موجود رہے۔ اگر اس امر کا لحاظ نہ بھی رکھا جائے کہ میکانی مانعاتِ حمل کیمیائی مانعاتِ حمل کے مقابلہ میں زیادہ قابلِ اعتبار ہیں، تو بھی مذکورہ بالا اسباب کی بنا پر ہماری رائے میں قبل الذکر کا استعمال موخر الذکر کی نسبت زیادہ مناسب ہے۔



شکل ۱۳۸۔ مہبلی اسفنج جو حل شدہ کیمیائی تخم کش کے ساتھ استعمال کیا جاتا ہے۔

حیاتیاتی طریقے (Biological Methods)۔ یورپ اور امریکہ کے بعض معملوں میں حال ہی میں اِس امر کی کوششیں کی گئی ہیں کہ مادہ میں اسی نوع یا کسی متجانس نوع کے حیواناتِ منویہ سے مناعت پیدا کرنے سے عارضی عقم کی حالت پیدا کر دی جائے۔ جرمنی میں ڈٹلر (Dittler) نے مادہ خرگوشوں کو نر خرگوشوں کی منی کا انشراب کرنے سے عقیم بنانے میں کامیابی حاصل کی ہے۔ اس نے یہ بھی دریافت کیا ہے کہ اِس طریقہ سے عقیم کردہ حیوانات کا مصلِ خون حیواناتِ منویہ کے لئے ایک معین سمی اثر رکھتا ہے، اور ان کی حرکت پذیری کو بند کر دیتا ہے۔

216

اور ان کو ملزوق کر دیتا ہے۔ مزید برآں وسکانسن (Wisconsin) کے گوائیر (Guyer) نے بھی خرگوشوں اور گنی پگوں میں یا دوسرے حیوانات سے حاصل کردہ منوی سمی امصال (spermatoxic sera) سے عارضی عقم پیدا کیا ہے۔ روس اور امریکہ میں امصال اور جدر بنات دونوں کا استعمال انواع انسان میں عقم پیدا کرنے کے لئے تجربۃً کیا گیا ہے، اور ماسکو اور آر کینجل کی سرپرایات گاہوں میں انسدادِ استقرارِ حمل کے اس حیاتیاتی طریقہ کی کامیابی کا دعویٰ بھی کیا گیا ہے۔ اس قسم کے طریقے ابھی تک ابتدائی مراحل ہی طے کر رہے ہیں، اور یہاں ان کا ذکر صرف اس لئے کیا گیا ہے تاکہ یہ معلوم ہو جائے کہ آئندہ تحقیقاتی کام کا لائحہ عمل کیا ہوگا۔

فعلیاتی طریقے (Physiological Methods)- یہاں صرف ایک ہی طریقہ کا ذکر کرنا کافی ہوگا جو بالعموم "عزل" ("coitus interruptus") (انزال سے قبل مردانہ عضو کو باہر نکال لینا) کے نام سے موسوم ہے۔ عزل اگرچہ عوام میں انسدادِ حمل کا شائد سب سے زیادہ رائج طریقہ ہے لیکن بہت سے مصنفین نے اس بنا پر اس کی مذمت کی ہے کہ یہ ناقابلِ اعتبار ہے، اور بعض اشخاص کے لئے مضر بھی ہے۔ گو اس کے مضر اثرات کے متعلق بلاشبہ بہت کچھ مبالغہ سے کام لیا گیا ہے لیکن اعداد و شمار سے یہ ثابت ہو چکا ہے کہ انسدادِ حمل کے لئے یہ بہت سی مثالوں میں ناکام رہا ہے، ناکامی کی شرح فیصدی کا اندازہ ساٹھ اور اسی کے درمیان درمیان کیا گیا ہے، اور "گو یہ صحیح ہے کہ یہ طریقہ چند سال تک کامیاب رہتا ہے لیکن اکثر مثالوں میں یہ زیادہ تر ناکام ثابت ہوتا ہے، اور استقرارِ حمل ہو جاتا ہے" (ابراہیم سٹون :Abraham Stone)-

اس عنوان کے تحت دورِ حیض کے اس زمانہ کا اجمالی ذکر بھی مناسب ہوگا جو "محفوظ" زمانہ (safe period) کے نام سے موسوم ہے۔ ڈکنسن[1] (Dickinson) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ اگر مجامعت صرف ہفتہ قبل از حیض تک ہی محدود رکھی جائے تو استقرارِ حمل کا امکان کم ہوتا ہے۔ اگرچہ ڈکنسن نے اپنے مقالہ کی تائید میں چند موثق شہادتیں پیش کی ہیں، لیکن یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ یہ نام نہاد "محفوظ زمانہ" حقیقۃً محفوظ نہیں۔ فلوپی نلیوں میں زندہ حیواناتِ منویہ گذشتہ مجامعت کے تین ہفتہ بعد شناخت کئے جا چکے ہیں، اور صرف

[1] American Journ. Obstet. and Gynæc., 1927, p. 178.

۔ہی امر ان تمام دلیلوں کے قطعی استرداد کے لئے کافی ہے جو وہ حیض کے اس "محفوظ" زمانہ کی تائید میں پیش کی جاتی ہیں۔

آخر میں یہ بتلا دینا ضروری ہے کہ استقرارِ حمل کو روکنے کے لئے جو معتبر ترین طریقے ہمیں معلوم ہیں، اور رائج الوقت بھی ہیں، وہ طریقے وہ ہیں جن میں میکانی اور کیمیائی عوامل کا متحدہ استعمال کیا جاتا ہے، مثلاً مردانہ رفالہ (male condom) یا زنانہ "ڈچ پیسری" ("female "Dutch pessary) کے ساتھ ایک تخم کش جیلی (۲ فیصدی لیکٹک ایسڈ اور آکسی کوئینولن سلفیٹ oxyquinolin sulphate: جو... ۰ میں اطاقت کا ہو) کا استعمال۔ اگر مذکورہ متحدہ طریقہ کی انجام دہی میں باقاعدگی کا خیال رکھا جائے اور اس کی سائنٹفک تفصیلات پر ضروری توجہ دی جائے تو اس میں ناکامی کا خطرہ بظاہر صرف ۱ تا ۲ فی صدی ہوتا ہے۔

باب دوم فتوراتِ فعل

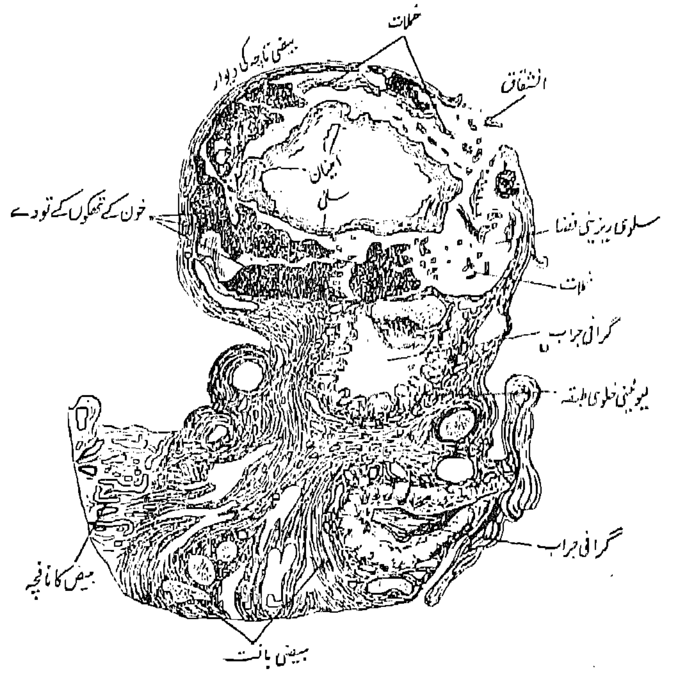
خارج الرحم (بے محل) حمل

[EXTRA-UTERINE (ECTOPIC) GESTATION]

یہ امر مسلمہ ہے کہ بارآور بیضہ نہ صرف رحم ہی میں منتصب ہو سکتا ہے، بلکہ یہ فلوپی نلی اور مبیض میں بھی منتصب ہو سکتا ہے۔ اگر موخر الذکر دونوں مقامات میں کسی ایک میں استقرارِ حمل ہو جائے تو یہ خارج الرحم (extra-uterine) یا بے محل (ectopic) حمل کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

باریطون پر بارآور بیضہ کے منتصب ہونے یعنی ابتدائی باریطونی حمل کے امکان پر بحث کی جا چکی ہے، لیکن تا حال یہ نہیں کہا جا سکتا کہ اس امر کا کوئی قابلِ اطمینان ثبوت مل چکا ہے۔ 217
یہ بیان کیا جا چکا ہے کہ قوارض (rodents) میں اس کا امکان ہے، اور انواعِ انسان میں اس کا وقوع غیر ممکن تصور نہیں کیا جا سکتا۔ مزید برآں گرون (Gröné) (سویڈن) نے ایک واقعہ کا اندراج کیا ہے جس کو وہ ابتدائی باریطونی حمل قرار دینے پر زور دیتا ہے۔ اس حالت میں بیضہ باریطون پر

دائیں عریض رباط کے عین پیچھے ملتصق تھا۔ اس مریضہ پر عملیہ کیا گیا۔ لیکن چونکہ وہ شفایاب ہو گئی اس لئے رحم اور قلوپی نلیوں کا نسیجیاتی امتحان بالتفصیل نہیں کیا گیا۔ اس حالت سے ملتی ہوئی ایک حالت



شکل ۱۳۹۔ بیضی حمل (فان ٹسنبروئک von Tussenbroeck:) ۔ بیضہ کا نمو گرافی جراب میں ہوا ہے اور انشقاق حملی ناجیہ کی آزاد سطح پر واقع ہے۔

ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) نے صرف ایک ہی لڑکی میں حال ہی میں دیکھی ہے جس کی عمر انیس سال کی تھی۔ شدید دروں باریطونی نزف کی وجہ سے شکم شگافی (laparotomy) کی گئی۔ دونوں بیض اور قلوپی نلیاں برہنہ آنکھ سے بالکل طبعی دکھائی دیتی تھیں۔ کسی انبوبی دہنہ میں سے خون نہیں بہتا تھا۔ جب نزفی نقطہ کو معلوم کرنے کی کوشش میں ڈگلس کی جیب میں سے خون کا تھکا صاف کیا گیا تو چھ ماہ کا حمل پایا گیا۔ جس میں بیضہ ڈگلس کی جیب کے فرش سے واضح طور پر چسپیدہ تھا۔ بیضہ کو بذریعہ

تقطیع علیحدہ کر دیا گیا، اور باریطون کی نرتی سطح سی دی گئی۔ گرون (Gröne) کی مریضہ کی طرح یہ مریضہ بھی بالکل شفایاب ہوگئی، اور قلوبی تلیوں وغیرہ کے متعلق مزید خردبینی تحقیقات نہ کی جاسکیں۔ اگرچہ ابتدائی باریطونی حمل کے وقوع کا فطری طور پر کوئی امکان نہیں لیکن حقیقی معنوں میں اس امر کا مشاہدہ کرنا بہت سی مشکلات سے پر ہے، اور اس امر پر کوئی اعتراض نہیں کیا جاسکتا کہ اگر یہ عورتوں میں واقع ہوتا بھی ہے تو خارج الرحم حمل کے دوسرے دو انواع کی نسبت بہت ہی نادر الوقوع ہے۔

بیضی حمل

218

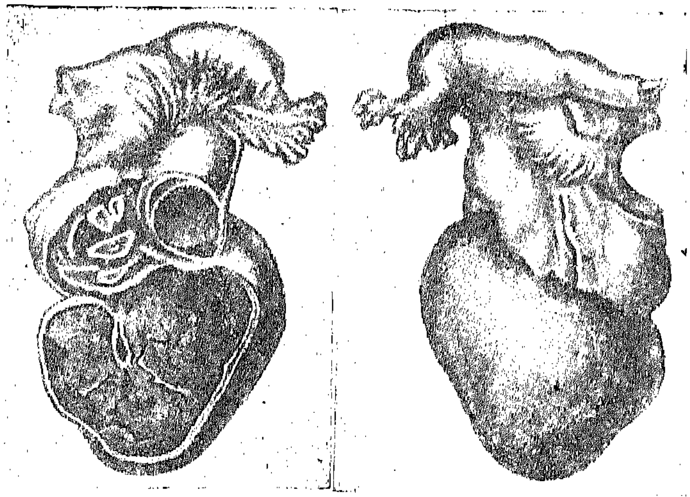
(OVARIAN PREGNANCY)

بیضی حمل کے پہلے واقعہ کی اشاعت، جس کی تصدیق حسب اطمینان کی جاچکی تھی، کیتھیرینا فان ٹسنبروئک (Catherine von Tussenbroeck) نے ۱۸۹۹ء میں کی (دیکھو شکل ۱۳۹)۔ ۱۸۹۹ء اور ۱۹۰۹ء کے درمیانی عرصہ میں نورس (Norris) نے انیس مصدقہ واقعات جمع کئے۔ اور ۱۹۱۰ء سے لیکر ۱۹۱۷ء تک ہم میں سے ایک (سی۔ ایل) نے بائیس حقیقی واقعات جمع کئے۔ چنانچہ جہاں تک معلوم ہوا ہے مارچ ۱۹۱۷ء تک کم از کم اکتالیس مصدقہ واقعات کی اشاعت ہوئی۔ اور اس وقت سے لیکر اب تک اور واقعات بھی ہمارے ذاتی مشاہدہ میں آئے ہیں، اور ان کا اندراج طبی ادبیات میں کیا جاچکا ہے[1]۔ اس سے یہ صاف ظاہر ہے کہ بیضی حمل اگرچہ نسبتاً زیادہ نادر الوقوع ہے مگر خارج الرحم حمل کی یہ نادر ترین نوع نہیں (دیکھو صفحہ 240)۔ بیضی حمل کی اکثر مثالوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ انتصاب بیضہ کا محل کوئی ایک گرافی جراب ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۳۹) جس میں حیوانات منویہ شاید مقام انشقاق میں سے داخل ہو جاتے ہیں، اور یا ممکن ہے کہ براہ راست دیوار میں سے گذر کر داخل ہو جاتے ہوں۔ علاوہ ازیں یہ بھی قریب الامکان ہے کہ بیضی خلیہ اس وقت مخصب ہو جائے جبکہ یہ جراب سے نکل کر سطح پر آگیا ہو، اور بعد ازاں یہ اپنی معتد بہ قوت آکلہ سے مبیضی بافت میں اپنے لئے ایک مہاد طیار کرلے۔ بہر کیف حیوان منوی

---

[1] جدید ترین طبی ادبیات کے لئے دیکھو (Hochne; *Zentrabl. für Gynak*, 1928, No. 1)، نیز (*Monatschr. f. Geb.*, 1921. Bd. liv. S. 102-108.)۔

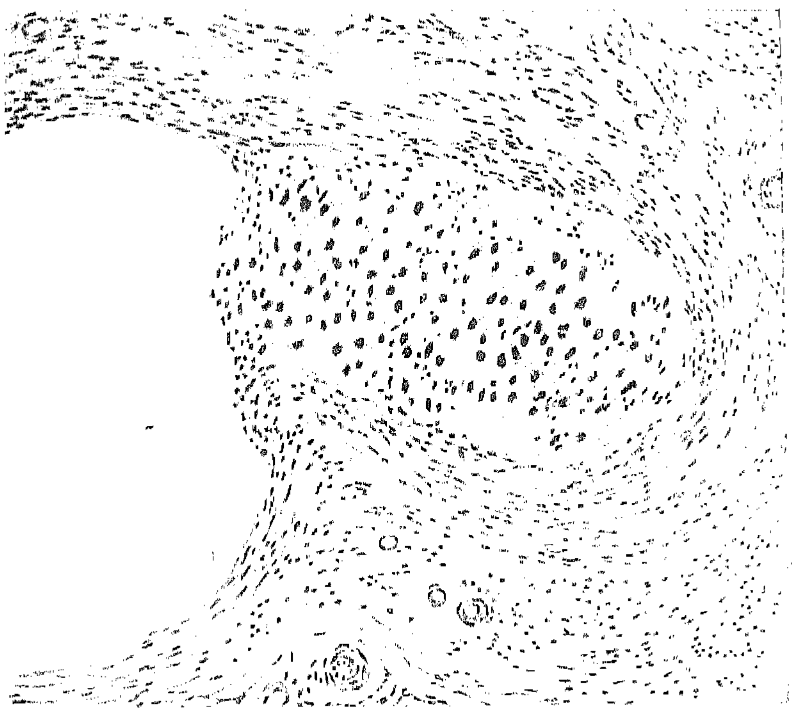
بالعموم گرافی جراب میں داخل ہو کر اس کے اندر کے بیضی خلیہ کو مخصب کرتا ہے جو جراب کے سیال



شکل ۱۴۱۔ بیضی حمل۔ ا۔ حملی تاجیہ کا خارجی منظر۔ ب۔ حملی تاجیہ جیسا کہ تراش کے بعد دکھائی دیتا ہے۔

مشمولات کے ہمراہ ابھی خارج نہیں ہؤا ہوتا۔ جن خلیوں سے جراب کا استر بنتا ہے ان میں یہ بارور بیضہ اپنا مسکن بنا لیتا ہے، اور اس کے نمو کے ابتدائی مدارج اپنا عمر یہیں طے کرنے لگتے ہیں۔ شکل ۱۳۹ سے حملی تاجیہ یا بیضہ کے مادری غلاف کا طیار ہونا ظاہر ہوتا ہے۔ یہ صرف اس بافت کی تہوں پر مشتمل ہوتا ہے جس سے گرافی جراب کی دیوار طبعی طور پر مرکب ہوتی ہے، اور یہ بھی معلوم ہو جائے گا کہ بیضہ کے بیشتر حصہ کو جراب کی نازک دیوار کے سوا اور کوئی تنے سہارا نہیں دیتی۔
219 بیضی حمل کی تشخیص کے لئے جن خصائص کا وجود لازمی ہے وہ شکل ۱۴۰ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔ اس میں یہ دکھائی دیگا کہ مبیض میں خون کا ایک بڑا سا تھکا موجود ہے 'ا' اور 'ب' جس میں امنیائی غشا اور سلوی خلات پائے گئے۔ یہ تھکا اور حمل کے حاصلات ایک مکمل کیسہ میں ہیں جو مبیضی بافت سے مرکب ہوتا ہے بند ہیں۔ مبیض کے طبعی تعلقات غیر متغیر ماساریقائے مبیض (mesosalpinx) اور متناظر قلوپی نلی کے ساتھ برقرار ہیں

صادق چادر ریزینہ (true decidua compacta) بیض میں طیار نہیں ہوتا لیکن



شکل ۱۴۱۔ یہ شکل بیض کے لُب کی اتصالی بافت کے خلیات میں ریزینی تعامل کو ظاہر کرتی ہے۔ بیضی حمل کے ایک اصابہ سے (گائلز اور لاکیئر)

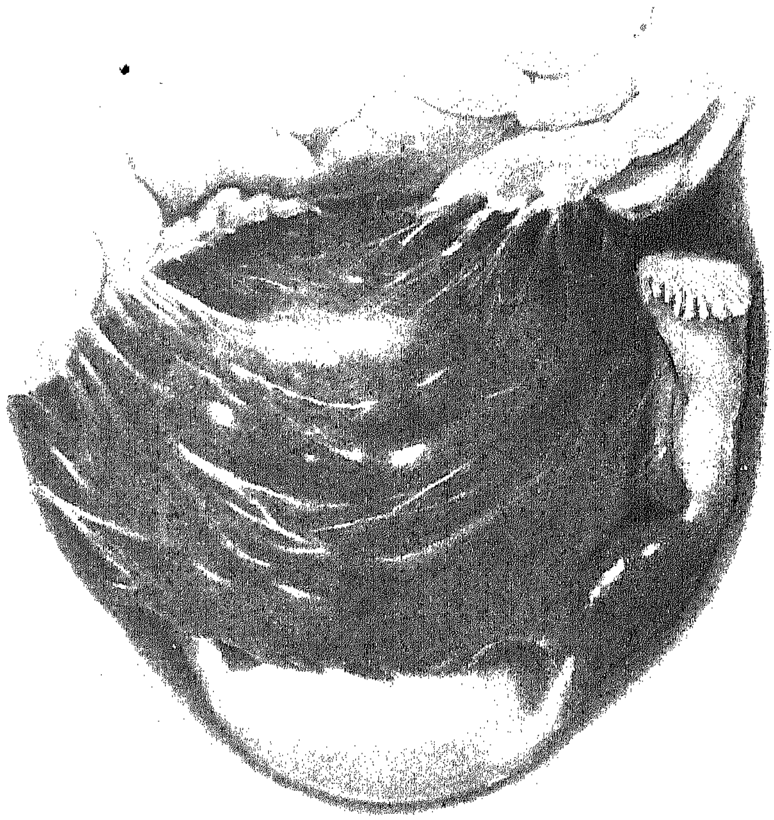
ریزینی خلیات کے قطعات بعض اوقات لُب اور قشرہ کے ہیکل میں پائے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۴۱ و ۱۴۲)۔ بیشتر مصدقہ حالتوں میں حمل اپنے ابتدائی زمانہ ہی میں انشقاق پر ختم ہو گیا (دیکھو شکل ۱۳۹)؎ لیکن جس واقعہ کا ذکر گائیلز (Giles) اور لاکیئر[1] (Lockyer) نے کیا ہے؎

---

[1] "Case of ovarian pregnancy" (Arthur E. Giles, M.D., and Cuthbert Lockyer, M.D.), *Proc. Roy, Soc. Med.* (Obst. Sect.), vol.viii, pp. 2—10, 1915.



(ا) غیر منشق انبوبی حمل جو بیضہ کی دروں دیواری تنصیب کو ظاہر کرتا ہے۔ یہ بیضہ ایک وحمہ (mole) میں
تبدیل ہو گیا ہے۔ یو۔ سی۔ ایچ۔ میڈیکل سکول میوزیم نمبر ۶۹۰-
(جی۔ بلیکر کے مطابق۔ میسرس میک ملین اینڈ کو کی اجازت سے۔)



(ب) حوضی قیلہ دمویہ (Pelvic Hæmatocele) جو بائیں نلی کے تنگنائی حصہ میں انبوبی حمل کے منشق ہو جانے سے ثانوی طور پر پیدا ہوا ہے۔
(جی۔ بلیکر کے مطابق۔ میسرس میک ملین اینڈ کو کی اجازت سے۔)

اُس میں اور دوسرے دو واقعات میں جن کی اشاعت مؤخر الذکر[1] نے کی ہے ایک وحمہ (mole) بن گیا تھا اور بیضی کیسہ ہرگز منشق نہیں ہُوا تھا (دیکھو شکل ۲۰۰) ہمارے علم کی موجودہ حالت میں سریری طریقوں کے ذریعہ سے انبوبی حمل سے اس حالت کی تفریقی تشخیص کرنا غیر ممکن ہے، لیکن بیضی وحمی حمل (ovarian molar pregnancy) کے وہ مناظر جو برہنہ آنکھ سے دکھائی دیتے ہیں مندرجہ ذیل خصائص کی وجہ سے ایک امتیازی خصوصیت رکھتے ہیں :-

(ا) طبعی فلوپی نلی۔ (ب) طبعی ماساریقائے بیض۔ (ج) بیضی ساخت کی ایک مختلف الجسامت کلاہ جو (د) وحمہ کے اوپر واقع ہوتی ہے۔ مؤخر الذکر تاریک آلوچی 220
رنگت کا ایک دویرہ ہوتا ہے جس کی دیواریں صاف اور ہموار ہوتی ہیں۔ (ہ) ایک تجویف (sulcus) یا واضح خطِ فاصل جو (ج) اور (د) کے درمیان ہوتا ہے۔ اس تجویف کی موجودگی سے بیضی حمل ترقی بیضی دویرہ سے تمیز کیا جا سکتا ہے۔

ہمارا خیال ہے کہ یہ خصائص دورانِ عملیہ میں بیضی وحمی حمل کی تشخیص کرنے کے لئے کافی ممیز ہیں، لیکن یہ ضروری ہے کہ بعد میں اس کی تصدیق سلوی خملات کے وجود کے نسیجیاتی ثبوت سے کر لی جائے۔ اور یہی آخری ثبوت صرف وہ طریقہ ہے جس سے منشق بیضی حمل کی تصدیق کی جا سکتی ہے۔

انبوبی حمل

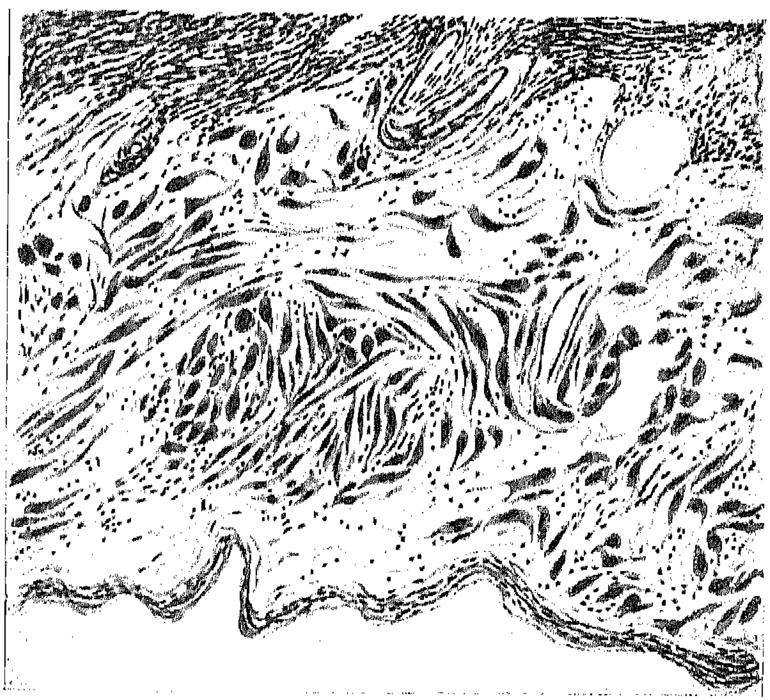
(TUBAL PREGNANCY)

بحث اسباب - فلوپی نلی میں بارور بیضہ کی تنصیب قلیل الوقوع نہیں۔ اس لیے یہ محض اتفاقی طور پر ہی عمل میں آتی ہے۔ اس کے اسبابِ معدّہ بہت سی میکانی حالتوں پر مشتمل ہیں جو نلیوں سے تعلق رکھتی ہیں، اور بعض اربابِ سند بارور بیضہ کی خلافِ قاعدہ حالتوں کو انبوبی حمل کے اسباب میں شامل سمجھتے ہیں۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ جب تک بارور بیضہ نلی میں رہتا ہے

---

[1] "Two Cases of Primary Ovarian Pregnancy" (With a review of the literature 1910-1927) (by Cuthbert Lockyer, M.D.), *Proc. Roy. Soc.* (Obst. Sect.), vol, x, pp, 160-182, 1917.

شعاعی منطقہ (zona radiata) (شفاف منطقہ :zona pellucida) کے مصئون رہنے سے یہ اس محل میں منتصب ہونے سے باز رہتا ہے، اور اس منطقہ کے قبل از وقت غائب ہو جانے سے

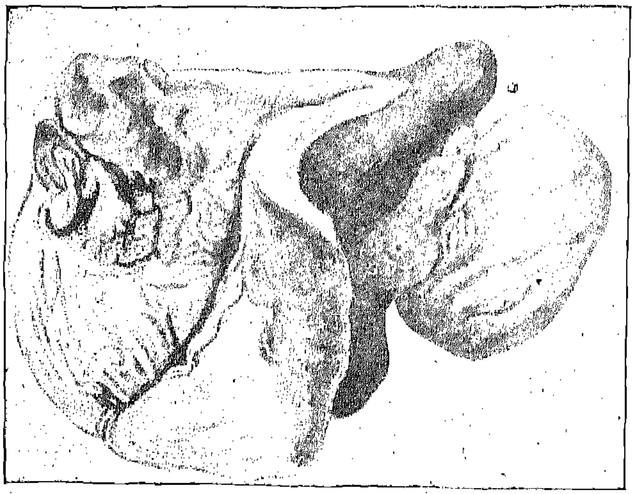


شکل ۲۴۴ا۔ یہ شکل مبیض کے قشرہ کی اتصالی بافت کے خلیوں کا ریزینی تعامل ظاہر کرتی ہے۔ بیضی حمل کے ایک واقعہ سے۔ (گائلز اور لاکنیر۔)

بیضہ کی فوری تنصیب کو مدد ملتی ہے۔ طبعی طور پر بیضی خلیہ منشق گرافی جراب سے رحم کی طرف گذرتا ہوا نلی میں بارور ہوتا ہے۔ اور جب یہ رحم میں پہنچتا ہے تو شفاف منطقہ بردل اومہ کے 221
نسیج پاش خاصہ کی وجہ سے غائب ہو چکتا ہے۔ اور بیضہ اپنے غذائی ناہض (trophoblast) کے ذریعہ سے مادری بافتوں میں گھسنا شروع کر دیتا ہے۔ اور اگر کسی تاخیر کی وجہ سے شفاف منطقہ بیضہ کے رحم تک پہنچنے سے پہلے ہی غائب ہو جائے تو بیضہ کی بے محل تنصیب کا

احتمال ہوتا ہے۔ رحم تک اس کے دیر سے پہنچنے کے مندرجہ ذیل وجوہ ہو سکتے ہیں۔ (۱) بیضہ کی خارجی مہاجرت (۲) نل کا تطول۔ (۳) نل کے درونہ میں کسی رکاوٹ کی موجودگی۔

اُن حالتوں میں سے جو بارور بیضہ کے نل میں سے گذرنے میں تاخیر پیدا کرتی ہیں، نل کا سابق التہاب اہم ترین ہے جو بلحاظ اصل اکثر اوقات شائد سوزاکی ہوتا ہے، اگرچہ یہ ثابت کرنا مشکل ہوتا ہے۔ جس باب میں التہاب انبوبیہ پر بحث کی جائے گی اس میں یہ بتایا جائے گا کہ اہداب اور سر حلمہ غائب ہو جاتے ہیں، مخاطیہ متورم ہو جاتا ہے اور ثنیات منضم ہو جاتے ہیں، چنانچہ نل کا درونہ منضم ثنیات اور کاذب جرابات کے سعدانہ نما تودوں کی موجودگی سے تنگ اور بہت



شکل ۱۴۳ - نل کی دیوار میں انبوبی وحمہ (tubal mole) جو قبل از حمل مزمن التہاب انبوبیہ کا محل تھی۔

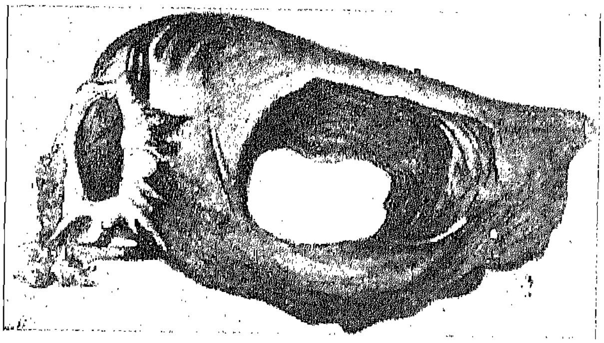
پیچیدہ ہو جاتا ہے۔ بعد ازاں عضلیہ (muscularis) میں سرحلمی طاقچے اور عطفے بن جاتے ہیں، اور نل کے تثنی (kinking) سے درونہ میں بعض اوقات تو اسل پیدا ہو جاتے ہیں جن سے اس کے تسدد میں اور اضافہ ہو جاتا ہے۔ لہٰذا یہ صاف ظاہر ہے کہ التہاب نل کے طبعی عمل کو جس کی وجہ سے بیضہ کہفہ رحم میں منتقل ہوتا ہے یا تو (۱) اہداب کے تباہ کرنے اور یا (۲) میکانی رکاوٹیں مثلاً

تثنّی یا طاقے یا عطفے پیدا کرنے سے نقصان پہنچا سکتا ہے۔ ربینو وِٹز (Rabinovitz) نے
۱۴۷ مریضوں کا امتحان کرنے سے یہ نتیجہ اخذ کیا ہے کہ نلی کا سوزاکی التہاب مکرر الوقوع انبوبی حمل
کا عام ترین سبب ہے۔ وہ اس نظریہ پر زور دیتا ہے کہ مخاطیہ کے تغیرات ایسی نلیوں میں موجود
ہو سکتے ہیں جو خالی آنکھ سے طبعی معلوم ہوتی ہوں، چنانچہ انبوبی حمل کو دور کرنے کے بعد جب
طرفِ مقابل کی نلی، جو طبعی نظر آتی ہے، علی حالہ چھوڑ دی جاتی ہے، تو بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ
غشائے مخاطی کے متفرقی التہابی تغیرات کی وجہ سے یہ نلی دوسرے انبوبی حمل کا محل بن جاتی ہے۔ یہی
مصنف اس امر کی طرف بھی توجہ دلاتا ہے کہ انبوبی حمل کے واقعات میں اکثر اوقات دوسری نلی میں
استسقائے انبوبہ (hydrosalpinx)، تقیح انبوبہ (pyosalpinx)، یا انبوبی اجتماع الدم
(hæmatosalpinx) پایا جاتا ہے۔ ڈوہرسن (Dührssen) نے پینتیس مریضوں میں سے
چوبیس میں سابق الوجود مرض کے نشانات پائے، اور اس کا یہ خیال ہے کہ ان کا سبب اکثر مریضوں 222
میں سوزاک تھا۔ ہمارے مریضوں میں سے ایک میں تقیح انبوبہ کی دیوار میں وحمہ (mole) تھا
(دیکھو شکل ۱۴۴)، اور اس دیوار میں پرانی زنگی دبازت پائی جاتی تھی جو مزمن التہابِ انبوبہ کی روئداد
کے عین مطابق تھی۔ پرسمین (Prusmann) نے اٹھائیس حاملہ نلیوں میں سے بیس میں نلیوں کے
ان حصوں میں جو بیضہ کے محلِ تنشیب سے لیبد تھے مخاطیہ کے شکنوں کے درمیان التصاقات
پائے۔

کہنہ حوضی التہاب یا ریطون سے نلی میں تثنّی (kink) پیدا ہو جاتا ہے اور اس کے
عضلی انقباضات میں خلل آ جاتا ہے، جس سے بارور بیضہ محتبس ہو جاتا ہے۔ اس امر کی عملی توضیح کہ
انبوبی حمل کے اسباب میں التہابی تغیرات بیشتر حصہ لیتے ہیں ان امور سے ہوتی ہے کہ عدیم الولادت
عورتوں میں انبوبی حمل نادر الوقوع ہوتا ہے اور عقم کے طویل عرصہ کے بعد یہ اکثر دیکھنے میں آتا ہے،
اور یہ اس حالت میں واقع ہوتا ہے جبکہ ضمیمہ جات کی کسی سرائت کے وقوع کا پہلے سے سریری
طور پر مظاہرہ کیا جا چکا ہو۔ انبوبی حمل کے اسباب پر حال ہی میں متوفی لیتھ مرے[1] (Leith
Murray) نے مزید غور کیا تھا۔ مرے اس نظریہ کی بہت پر زور تائید کرتا ہے کہ التہابِ حوضی

[1] *Proc. Roy. Soc. Med.* (Sect. Obstet. and Gynæc.), vol. xxv, No.5, July, 1932.

بے محل حمل کا نہایت کثیر الوقوع اور اہم سبب ہے۔ التہابی ضرر یا تو تناسلی خطہ میں پیدا ہو سکتا ہے یا یہ ابتدائی طور پر زائدہ دودیہ کو متلازم ہوتا ہے۔ لیتھہ مرے نے جن ۹۰ واقعات کی تحقیقات کی ہے ان میں تیس (۳۱ فی صدی) میں زائدہ دودیہ کے بیرونی طبقات میں فعال التہابی مطروح کی شہادتیں موجود تھیں۔ اس مصنف کے تمام اصابات میں سے ۳۶ فی صدی میں حوض کے التہابی عارضہ کی



شکل ۱۴۴۔ حاملہ نل۔ اس تصویر میں متسع دہنہ دکھائی دیتا ہے جس میں سے بیضہ باہر نکلا ہے۔ دیواریں جو منشق ہو گئی ہیں اس قدر پتلی تھیں کہ تقریباً شفاف تھیں، یہ حالت خلقی ناقص تکون کا نتیجہ تھی۔

موجودگی کے واضح ثبوت موجود تھے اور ۶ر۲۷ فیصدی میں قلت باروری موجود تھی۔

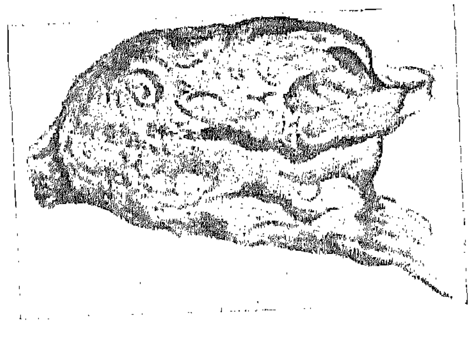
بہرکیف یہ امر بالکل یقینی ہے کہ درون انبوبہ میں بارور بیضہ کی تاخیر کے دوسرے اسباب بھی ہیں جو التہابی الاصل اسباب کے علاوہ ہیں، مثلاً نموی اغلاط۔ ممکن ہے کہ بیضہ کسی اعور استنزادنلی میں چلا جائے اور وہاں مدفون ہو جائے۔ کہا جاتا ہے کہ نلیوں کی خلقی کج تکون بجز ایک ایسی حالت ہے جس میں نلیاں پتلی اور پیچیدہ ہوتی ہیں انبوبی حمل کی مساعدت کرتی ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ نلی کی پتلی دیواروں میں انقباضی قوت کم ہوتی ہے جو بیضہ کو رحم کی طرف دھکیلنے کے لیے غالباً ضروری ہوتی ہے۔ اور جو پیچیدگی موجود ہوتی ہے اس کے متعلق یہ خیال ہے کہ یہ ایک حقیقی رکاوٹ پیدا کر دیتی ہے جو بیضہ کو کم از کم اتنی دیر تک ٹھہرائے رکھتی ہے کہ اس کا

غذائی تاہض (trophoblast) پیدا ہو جاتا ہے (شکل ۱۴۴)۔

خلاف قاعدہ محلات میں حمل نہ دور کردہ نلی کے ٹنڈ میں یا رحم کے فوق مہبلی بتر کے بعد جو نلی چھوڑ دی گئی ہو اور باندھ دی گئی ہو اُس میں اور نلی کے اس ٹنڈ میں جو مہبلی ندبہ کے زاویہ میں باندھ دی گئی ہو حمل واقع ہو چکا ہے۔ 223

خلاصہ۔ یہ ظاہر ہے کہ انبوبی حمل ایک سے زائد اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کی نوعیت ہمیشہ اتفاقی ہوتی ہے۔ سابق الذکر میکانی حالتوں میں سے جو بیضہ کے نلی میں سے گذرنے میں مخل ہوتی ہیں کوئی نہ کوئی اغلب سبب معتدہ معلوم ہوتی ہے، لیکن یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ مزمن انبوبی التہاب انبوبی حمل کی تمام مثالوں میں یقینی طور پر موجود نہیں ہوتا۔ مگر جب یہ موجود ہوتا ہے تو اس واقعہ کی ممکن ترین توجیہ اسی سے ہو جاتی ہے۔

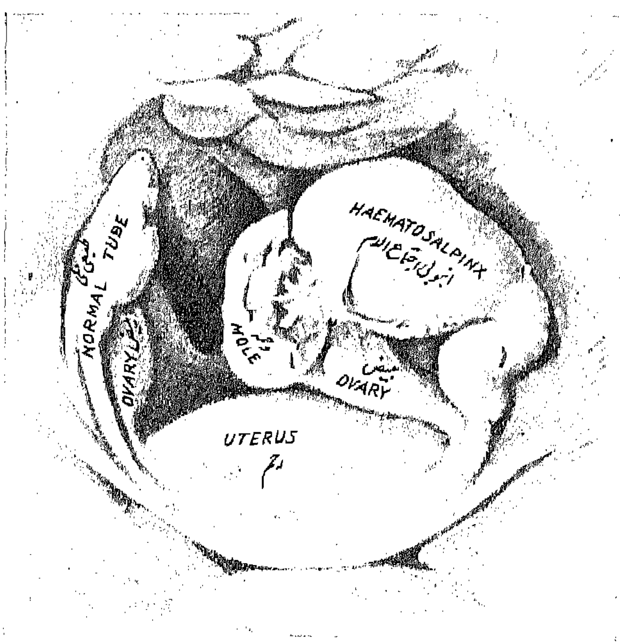
انبوبی حمل کی تشریح۔ انبوبی حمل سے رحم اور ماؤف فلوپی نلیوں میں نمایاں تغیرات کا ایک سلسلہ جاری ہو جاتا ہے۔ تغیرات رحم ایک ہی طرح کے ہوتے ہیں اور ہمیشہ پائے جاتے ہیں، اور نلی کے تغیرات محلِ بیضہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ رحم میں ہمیشہ کسی قدر کلانی پائی جاتی ہے، اور اس کی دیواروں اور عنق میں نرمی موجود ہوتی ہے۔ یہ دونوں تغیرات سریریاتی طور پر شناخت کیئے جا سکتے ہیں، گو فم خارجی کے لبوں کی نرمی اتنی زیادہ نہیں ہوتی جتنی کہ رحمی حمل میں ہوتی ہے۔ دروں رحمہ ریزینی غشا میں مکمل طور پر تبدیل ہو جاتا ہے، اور طبعی رحمی حمل کے صادق ریزینہ (decidua vera) سے تمیز نہیں کیا جا سکتا (دیکھو شکل ۱۴۵)۔ ویبسٹر (Webster) نے اس تغیر کو رحم کے ریزینی تعامل (decidual reaction) کے نام سے موسوم کیا ہے۔ ماؤف نلی میں تغیرات زیادہ تر بیضہ کے قریب وجوار کے ہی محدود رہتے ہیں، اور دور کے حصوں میں برہنہ آنکھ سے قطعاً کوئی تغیر



شکل ۱۴۵ - ریزینی سیچکہ (decidual cast) جو انبوبی حمل کے ایک اصابہ سے لیا گیا ہے۔

شناخت نہیں کیا جا سکتا۔ نلی کا وہ حصہ جس میں بیضہ بند ہوتا ہے عام طور پر حملی تھیلی یا کیسہ (gestation sac) کہلاتا ہے۔

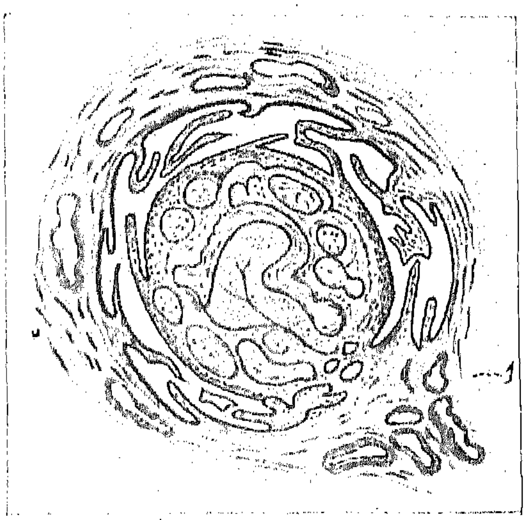
بارور بیضہ سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ نلی کے انتفاخ میں اقامت پذیر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۴۶ و ۱۴۹ اور صفحہ ۹) تنگنائے میں اس کی اقامت قلیل الوقوع ہے (دیکھو شکل ۱۵۰) 224



شکل ۱۴۶۔ انبوبی اسقاط معہ انبوبی اجتماع الدم (یمین)۔ بیضہ جو وحمہ (مول) میں تبدیل ہو گیا تھا نلی میں سے خارج ہو گیا ہے، اور اس کا انتفاخ خون سے متمدد ہے۔ حاملہ نلی حوض کے بائیں موخر ربع میں واقع ہے، اور قرن رحم سے ایک ساقچہ کے ذریعہ سے پیوستہ ہے۔

اور رحمی حصہ میں نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ شکل ۱۴۷ کو دیکھنے سے یہ صاف ظاہر ہوتا ہے کہ جب بارور بیضہ نلی میں اقامت پذیر ہوتا ہے تو یہ مادری بافت میں بہت کچھ اسی طرح مدفون ہو جاتا ہے جس طرح یہ رحمی حمل میں ہوتا ہے۔ اور جس گہرائی تک یہ اتر جاتا ہے وہ مختلف ہوتی ہے۔ چنانچہ

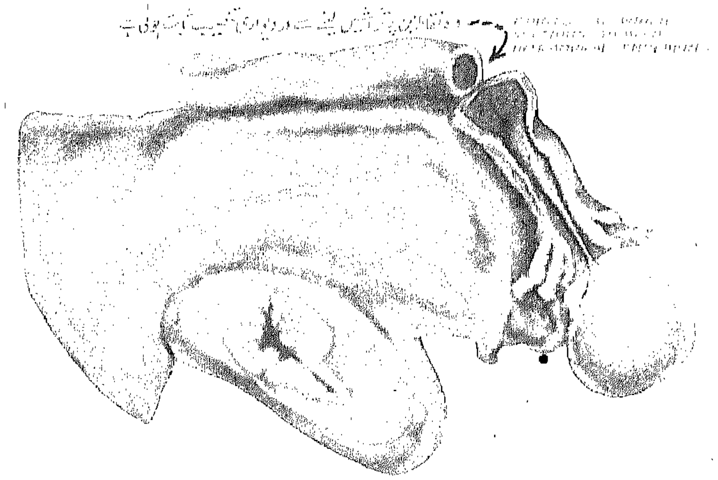
بعض اوقات بیضہ مخاطیہ کے عین نیچے ہی منتصب ہوجاتا ہے، یعنی موخر الذکر اور عضلہ کے درمیان، اور زیادہ کثرت کے ساتھ یہ عضلیہ ہی میں نقب لگاتا ہے (دیکھو شکل ۱۴۸)۔ ہر ایک حالت میں بیضہ درونہ سے باہر یعنی نل کی دیوار میں نمو پاتا ہے جس کی بافتوں سے حملی ناچہ طیار ہوتا ہے۔



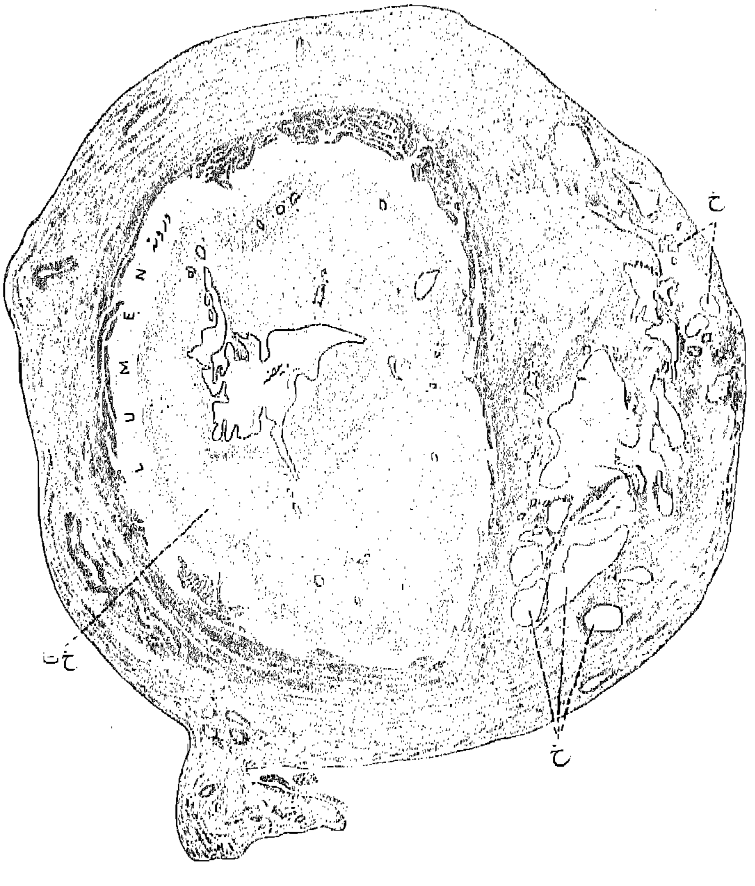
شکل ۱۴۸۔ یہ شکل بیضہ کی سطحی تنصیب کو ظاہر کرتی ہے، یعنی بیضہ نل کے مخاطیہ کے نیچے منتصب ہے۔ نل کا درونہ بیضہ کے بیشتر حصہ کو محصور کئے ہوئے ہے۔ اس حالت میں حملی ناچہ یا کیسہ صرف غشائے مخاطی سے مرکب ہے۔ ناچہ میں سوائے اس تنگ مقام کے جہاں یہ ماساریقائے انبوبہ (ا) کے بالمقابل نل کی دیوار سے چسپیدہ ہے اور کسی جگہ عضلہ کا مظاہرہ نہیں کیا جاسکا۔ نل کی دیوار میں بیضہ کے منتصب ہونے کا یہ طریقہ اس کے رحم میں طبعی طور پر منتصب ہونے سے قریبی مشابہت رکھتا ہے۔

225 درنہ رحمی حمل میں بیضہ کی تنصیب گہری نہیں ہوتی۔ اور یہ غشائے مخاطی سے آگے گھس کر عضلہ میں کبھی نہیں پہنچتا۔ بلکہ حقیقت یہ ہے کہ یہ مخاطیہ میں بھی بہت گہرا نہیں گھستا۔ لہٰذا نامی مضغہ تقریباً پہلے ہی سے کہفۂ رحم کی طرف ایک کیسک تمامرمیہ کی شکل میں ابھرا ہوتا ہے۔ نل میں بیضہ کی تنصیب جتنی سطحی ہوگی اتنی ہی انبوبی حمل کی مماثلت رحمی حمل کے ساتھ زیادہ نمایاں ہوگی۔ شکل ۱۴۸ سے یہ ظاہر ہوتا ہے

صفحہ ۱۰



غیر مکمل انبوبی اسقاط۔ نلی کا انتفاخی حصہ کھول دیا گیا ہے تا کہ مشیمہ کا محل دکھائی دے جس کے ساتھ حبل سری چسپیدہ ہے۔
موخر الذکر خارج شدہ سلوی تاچہ (amniotic sac) کو مشیمہ سے ملاتی ہے۔ تیر اس مقام کو ظاہر کرتا ہے جہاں سے
وہ تراش لی گئی ہے جو شکل ۱۴ء میں دکھائی گئی ہے۔



شکل ۱۴۴۔ یہ تراش جو داخلی کیسی نزف کے نتائج کو بالوضاحت ظاہر کرتی ہے، ایک حاملہ فلوپی نلی میں سے لی گئی ہے (وائٹ رِج ولیمس)۔ بیضہ نلی کے درونہ میں نکل آیا ہے۔ تصویر کی دائیں جانب وہ مقام دکھایا گیا ہے جہاں یہ نلی کی دیوار میں مدفون تھا۔ خ۔ خملات جو نلی کی دیوار میں گہرے گھس گئے ہیں۔ خ ت۔ خون کا تودہ جس میں سلوی خملات (chorionic villi) کی تراشیں دکھائی دیتی ہیں۔ اس تودہ کے مرکزی حصہ میں ایک بے قاعدہ فضا ہے جو انسانی ناجسمہ کو ظاہر کرتی ہے۔

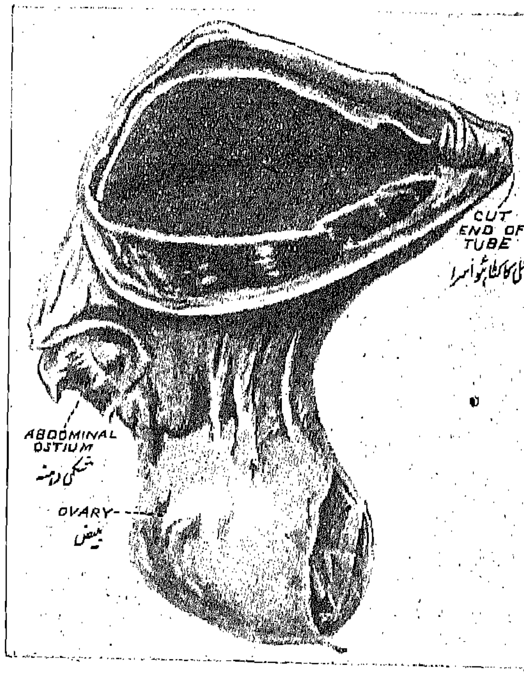
بیضہ نل کے درونہ کی طرف محض مخاطیہ ہی سے محصور ہے، اور موخرالذکر رحمی حمل کے کیسی ریزینہ (decidua capsularis) کا تناظر ہے۔ اس نمونہ میں بیضہ کی تنصیب کا محل نل کے فرش میں ہے، اور یہ ماساریقائے انبوبہ کی چسپیدگی کا تناظر ہے۔ یہ اُس ریزینہ کا تناظر ہے جو رحمی حمل میں قاعدی ریزینہ (decidua basalis) کے نام سے موسوم ہے۔ بہرکیف اس امر کی طرف اشارہ کر دینا ضروری ہے کہ نلی میں جامد ریزینہ (decidua compacta) کبھی طیار نہیں ہوتا۔ اور ہیکلی خلیوں کا صرف کسی قدر "ریزینی تعامل" (decidual reaction) ہی دیکھنے میں آیا ہے۔ اصلی ریزینہ کی عدم موجودگی کی وجہ یہ ہے کہ انبوبی سرحلہ میں ہیکلی خلیوں کی قلت ہوتی ہے، اور یہ جسم رحم کے درون رحم کے مقابلہ میں بہت قلیل استری غشا کی شکل میں پائے جاتے ہیں۔ جب بارور بیضہ نل کی عضلی بافت میں گھس جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۴۸) تو حملی ناچہ کا تمام محیط عضلی دیوار ہی سے بنتا ہے اور رحمی حمل کے ساتھ اس کو جو نہایت قریبی مماثلت ہوتی ہے وہ زائل ہو جاتی ہے۔

جب مضغہ بڑھتا ہے تو آکل غذائی تاہض (trophoblast) مادری بافتوں کو تباہ 226
کر دیتا ہے، اور مادری عروقِ خون میں راستہ بنا لیتا ہے۔ چنانچہ حملی ناچہ میں نزف واقع ہو جاتا ہے جس سے یہ کمزور مقام پر پھٹ جاتا ہے۔ بیشتر مریضوں میں حملی ناچہ درونہ کی طرف سب سے زیادہ پتلا ہوتا ہے، لہٰذا نزف کا درونہ میں واقع ہونا ایک عام ترین حادثہ ہے۔ اس حادثہ کو داخلی انبوبی نزف (internal tubal hæmorrhage) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اس سے کم کثرت کے ساتھ حملی ناچہ باہر کی جانب پھٹتا ہے یعنی یا تو یہ باریطون کو متشق کر دیتا ہے، اور یا یہ رباط عریض کی تہوں کے درمیان پھٹتا ہے۔ اس کو خارجی انبوبی نزف (external tubal hæmorrhage) کا نام دیا گیا ہے۔

جب بیضہ انتہائی حصہ میں اقامت پذیر ہوتا ہے تو شکمی دہنہ دوسرے مہینے (آٹھ ہفتہ) کے اختتام سے بیشتر تقریباً ہمیشہ مسدود ہو جاتا ہے۔ اور جب بیضہ تنگنائے یا زخنی حصہ میں ہوتا ہے تو شکمی دہنہ بند نہیں ہوتا۔ (دیکھو شکل ۱۴۹ و ۱۵۰) دہنہ کی حالت جیسا کہ آئندہ معلوم ہوگا ایک اہم سریری پہلو رکھتی ہے۔

قلوی نلی میں یہ استعداد یقیناً موجود نہیں کہ نامی بیضہ کے ساتھ ساتھ بڑھتی جائے۔ شاذ ترین امثلہ کے علاوہ یہ بیضہ کے لئے گنجائش مہیا کرنے میں ناکام رہتی ہے۔ مگر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ غیر منشق قلوی نل میں حمل کے مکمل یا تقریباً مکمل میعاد تک پہنچنے کی حقیقی مثالیں مندرج ہیں۔

اگر حمل اس انتہا کو نہ پہنچے تو بیضہ یا تو تباہ ہو جاتا ہے، اور یا یہ اپنے اس تنگ ماحول سے آزاد ہو کر



شکل ۱۴۹۔ انبوبی وحمہ (tubal mole) علی محلہ۔ اسے نلی میں طولی شگاف دیکر منکشف کیا گیا ہے (چیرنگ کراس ہاسپٹل میوزیم)۔ یہ وحمہ نلی کے انتفاخی حصہ کے اندرونی نصف میں واقع ہے۔ شکمی دہنہ منفتح ہے۔

227 مساعد صورتِ حالات کے زیرِ اثر بڑھنا شروع ہو جاتا ہے۔

پس یہ ظاہر ہے کہ انبوبی حمل بالعموم مندرجہ ذیل دو صورتوں میں سے کسی ایک پر ختم ہو سکتا ہے:۔

۱۔ داخلی انبوبی نزف۔
۲۔ خارجی انبوبی نزف۔

ان ضررات سے انجام کار دوسرے ضررات پیدا ہوتے ہیں جن کو مختصراً یوں بیان کیا جاسکتا ہے :۔

۱۔ داخلی انبوبی نزف کا انجام مندرجۂ ذیل حالتوں کے پیدا ہونے پر ہوتا ہے :۔

(ا) انبوبی وحمہ (Tubal Mole)۔

(ب) انبوبی اسقاط (Tubal Abortion)۔

(ج) گرد انبوبی قیلہ دمویہ (Peritubal Hæmatocele)۔

(د) پس رحمی (Retro-uterine) یا حوضی قیلہ دمویہ (Pelvic Hæmatocele)۔

۲۔ خارجی انبوبی نزف کا انجام مندرجۂ ذیل حالتوں کے پیدا ہونے پر ہوتا ہے :۔

(ا) نزد انبوبی قیلہ دمویہ (Paratubal Hæmatocele)۔

(ب) انبوبہ کا ازخود انشقاق جو مندرجۂ ذیل شکلیں اختیار کر سکتا ہے :۔

(۱) درون بار یطونی انشقاق جس کے ساتھ کہفۂ شکم میں نزف بھی واقع ہوتا ہے۔ اس سے یا تو بوجہ نزف موت واقع ہوجاتی ہے اور یا مندرجہ ذیل صورتیں پیدا ہوجاتی ہیں :۔

(ا) پس رحمی یا حوضی قیلہ دمویہ معہ ہلاکت جنین۔

(ب) ثانوی انبوبی شکمی حمل۔

(ج) ثانوی شکمی حمل۔

(۲) برون باریطونی انشقاق۔

(ا) جس میں جنین ہلاک ہوجاتا ہے، اور رباط عریض میں قیلہ دمویہ بنجاتا ہے۔

(ب) جس میں جنین زندہ رہتا ہے (درون رباطی حمل)۔ اس کی دو سری قسمیں ہیں :۔

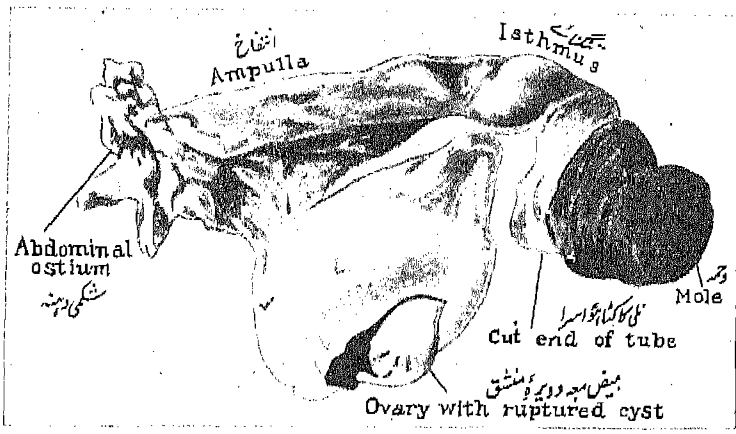
(۱) متقدم۔

(۲) موخر۔

۱۔ داخلی انبوبی نزف۔ داخلی انبوبی نزف کے واقع ہونے سے انبوبی حمل مندرجۂ ذیل

طریقوں میں سے کسی ایک پر مختتم ہو سکتا ہے۔ (۱) انبوبی وحمہ (tubal mole) کا تکون۔ (۲) انبوبی اسقاط۔ (۳) گرد انبوبی قیلہ دمویہ کا تکون۔ (۴) پس رحمی یا حوضی قیلہ دمویہ کا تکون۔

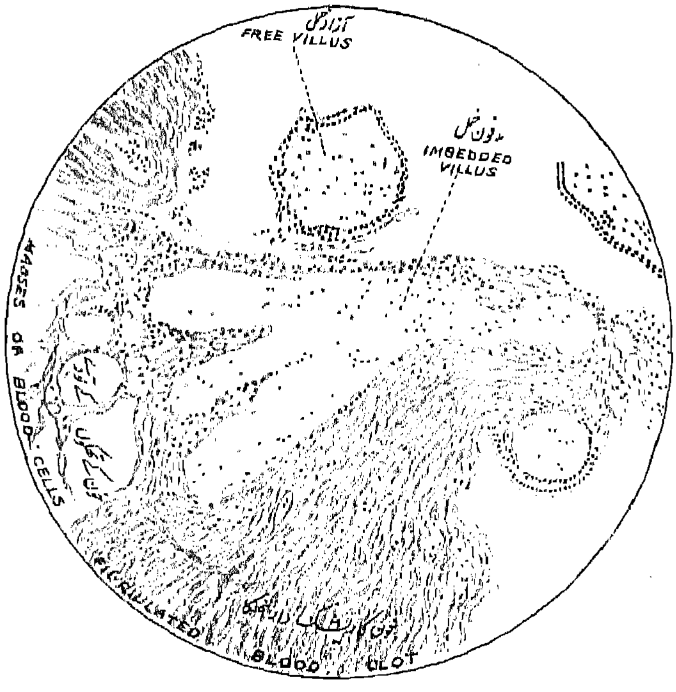
228 (۱) انبوبی وحمہ۔ انبوبی حمل کا یہ انجام مادری عروقِ خون کے انشقاق کی وجہ سے



شکل ۱۵۰۔ چار سے پانچ ہفتہ تک کا انبوبی حمل۔ نلی کی تنگنائے میں انشقاق واقع ہوا ہے، اور وحمہ (mole) باہر نکل آیا ہے۔ شکمی دہنہ منفتح ہے، اور انتفاخی حصہ میں کوئی تغیر واقع نہیں ہوا۔

ہوتا ہے جو سلوی خلات کی متکاثر غذائی نا ہضمی پوشش کے عملِ آکل سے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ خون بیضہ میں بہنا شروع ہو جاتا ہے جو بیش متمدد ہو کر حلی تاچہ میں سے نلی کے درونہ میں پھٹ جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک وحمہ (mole) بنجاتا ہے جو خون کے تھکے، مضغہ کے باقی ماندہ حصوں اور سلوی خلات کے ٹکڑوں پر مشتمل ہوتا ہے، اور ان تمام سے ایک ٹھوس تودہ طیار ہو جاتا ہے جو نلی کے درونہ میں پڑا رہتا ہے اور اسے متمدد کر دیتا ہے۔ بیضہ کی تنصیب کی اصلی جگہ نلی کی دیوار کے عضلی نظام میں خلات کے موجود ہونے سے ممیز ہوتی ہے۔ انبوبی وحمہ کے بننے کا طریقہ شکل ۱۴۷ اور ۱۴۸ میں بخوبی واضح کیا گیا ہے۔ یہ دونوں شکلیں حاملہ قلوپی نلی کی مستعرض تراش کو ظاہر کرتی ہیں جو

تنصیب بیضہ کے مقام پر لی گئی ہے۔ شکل ۱۴۸ میں تلی کے درونہ میں خون کا ایک بیضوی شکل کا تختہ کا موجود ہے جو تلی کی دیوار سے مکمل طور پر علیحدہ ہو چکا ہے، اور یہ قاعدہ شکل کا کہفہ جو امنیائی ناچیہ (amniotic sac) کو ظاہر کرتا ہے کسی قدر خارج المرکز مقام پر دکھائی دیتا ہے۔ نزفت، کا اثر صاف طور پر یہی ہوا ہے کہ اس سے سلی (chorion) ٹوٹ گیا ہے جو اس ابتدائی زمانہ میں خملات سے



شکل ۱۵۱۔ امبولی وحمہ سے حاصل شدہ سلوی خملات۔ کلاں) مدفون خمل کی سمر حلمی پوشش غائب ہو گئی ہے، اور اسکے ہیکل میں بہت کم نواتات موجود ہیں۔ آزاد خملات کا سمر حلمیہ باقی ہے اور یہ خلیات کی دو قطاروں پر مشتمل ہے۔ تصویر کے بالائی حصہ میں بائیں جانب پر کنلنہ الخلائی غنچوں (syncytial buds) کی تراشیں دکھائی دیتی ہیں۔

بتمامہ پوشیدہ ہوتا ہے۔ کئی ایک علیحدہ شدہ خملات کی تراشیں بیضہ کے اردگرد کے خون کے تھکے میں

دکھائی دیتی ہیں، اور چند خملات ابھی تک بیضہ سے چپکے ہوئے بھی ہیں اور چند نلی کی دیوار میں مدفون ہیں، اور بیضہ سے مکمل طور پر علیحدہ دکھائی دیتے ہیں۔ نلی کی دیوار تصویر کی دائیں طرف کے
229 علاوہ، جہاں سلوی خملات تقریباً باریطونی پوشش تک گھس گئے ہیں اور عضلی دیوار ٹوٹ گئی ہے، کچھ زیادہ پتلی نہیں۔ یہ رقبہ اس مقام کے محل کو ظاہر کرتا ہے جہاں بیضہ کی ابتدائی تنصیب ہوئی تھی۔ انبوبی مخاطیہ کے شاخدار ثنیات کے بقیہ حصے بھی دکھائی دیتے ہیں جو نلی کی دیوار کے مقابل چپٹے ہو گئے ہیں۔ ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بیضہ نلی کے انتفاخی حصہ میں اقامت پذیر رہا ہے۔ شکل ۱۴۹ میں ایک علی المحلہ انبوبی وحمہ کا وہ منظر دکھایا گیا ہے جو برہنہ آنکھ سے دکھائی دیتا ہے یہ وحمہ طولانی تراش سے کھول دیا گیا ہے۔ شکل ۱۴۷ میں وحمہ نلی کی دیوار سے فرش کے نسبتاً تھوڑے سے رقبہ کے ذریعہ چسپیدہ دکھائی دیتا ہے۔ شکل ۱۴۸ میں سلوی خملات نلی کی دیوار میں دور تک گھس گئے ہیں۔

انبوبی وحمہ کی تشریح حلی کا مطالعہ فلوپی نلی کو علیحدہ کرنے کے فوراً بعد پانی کے نیچے اس کی تقطیع کرنے سے شاید بہترین طور پر کیا جا سکتا ہے[1]۔ ایسے نمونہ میں وحمہ کے گرداگرد اور اسکے وراثلی کے درونہ کا پتہ چلانا ہمیشہ ممکن ہوتا ہے، اور وحمہ نلی کی دیوار کے کچھ حصہ کے ساتھ جس کا قطر ½ انچ سے کبھی زیادہ نہیں ہوتا ایک تنگ قاعدہ یا ساقچہ سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ بیضہ کی ابتدائی تنصیب کا یہی مقام ہوتا ہے، اور یہ بالعموم نلی کے فرش پر اور ہمیشہ وحمہ کے قربی سرے پر واقع ہوتا ہے۔ انبوبی وحمہ کی شکل وصورت خون کے تھکے پر نلی کی دیواروں کا دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہوتی ہے، اور طولی طبعی شکنوں کے نشانات اس پر اکثر دیکھنے میں آتے ہیں (دیکھو شکل ۱۵۲)۔ جب انبوبی اسقاط واقع ہوتا ہے تو ساقچہ یا چسپیدہ تنگ قاعدہ نلی کی حرکات دودیہ کے فعل سے، جو جسم غریب کو خارج کرنے کی کوشش کرتا ہے، ٹوٹ کر علیحدہ ہو جاتا ہے۔ اس طرح مزید جریان خون واقع ہوتا ہے، اور شکمی دہنہ سے خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ وحمہ کے بالچہ کی سطح پر انبوبی سر حلمہ کے نشانات پائے جاتے ہیں، مگر بُعدی قطب پر یہ موجود نہیں ہوتا۔ اس امر کا تصفیہ کہ آیا درون انبوبی انشقاق واقع ہوگا یا برون انبوبی، غالباً تا کل بافت اور انبوبی دیوار کی

[1] See Beckwith Whitehouse, *Journ, Obstet. and Gynæc. Brit. Emp.*, vol. xxix, No. I, 1922.

تنیدگی کے مجموعی اثر پر بلا واسطہ منحصر ہوتا ہے' اور یہ صورتِ حالات بیضہ کی ابتدائی تنصیب کے نلی کے انتفاخ یا تنگنائے یا بین زنخی حصہ میں واقع ہونے پر ہوتی ہے۔ انبوبی حمل میں رحمی حمل کی نسبت وحمہ بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے' جس کی وجہ شائد یہ ہے کہ قبل الذکر میں بیضہ کے انضمامات زیادہ غیر محفوظ حالت میں ہوتے ہیں۔ وحمہ کے تکون کے ساتھ غیر مختوم شکمی دہنہ سے بالعموم کم و بیش نزف بھی واقع ہوتا ہے۔ اس عمل سے بیضہ یقینی طور پر تباہ ہو جاتا ہے۔ چھوٹے چھوٹے وحمے شائد نلی میں محبوس رہ سکتے ہیں اور جذب ہو کر بتدریج ختم ہو جاتے ہیں۔ ان بڑے وحمے انبوبی انشقاق یا اسقاط کے ذریعہ سے بالعموم خارج ہو جاتے ہیں۔ نلی میں محبوس وحمہ کا تقیح نادر الوقوع ہے' اور یہ غالباً صرف کسی



شکل ۱۵۲۔ اس انبوبی وحمہ کو علیحدہ کرنے کے بعد فوراً ہی اس کی تقطیع کر لی گئی تھی۔ (ا) بیضہ کی چسپیدگی کے مقام کو ظاہر کرتا ہے۔ (ب) پردہ تجاویف دکھائی دیتے ہیں جو انبوبی مخاطیہ کی طولی شکنوں سے پیدا ہوئے ہیں۔ (ج) وحمہ کے آزاد تعدی سرے کو ظاہر کرتا ہے (واٹس ہوس)۔

230 قسم کی سرائت' مثلاً عفونت' سوزاک' یا سرائتِ امعا کے نتیجہ کے طور پر واقع ہو سکتا ہے۔

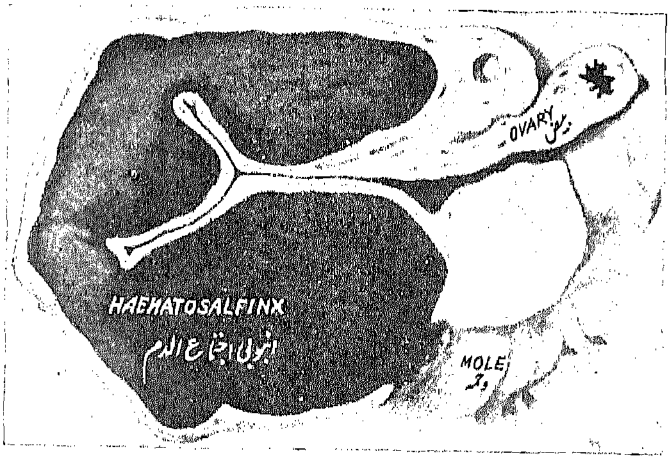
انبوبی حمل کے مریضوں پر عملیہ کرتے وقت وحمہ کہفۂ باریطون میں اس خون میں پڑا ہوا پایا جاتا ہے جو انشقاق یا اسقاط سے انصباب پاتا ہے۔ یہ بالعموم خون کے تھکے کے مشابہ ہوتا ہے' اور ممکن ہے کہ جب تک اسے احتیاط سے تلاش نہ کیا جائے یہ نظر ہی نہ آئے۔ چھوٹے چھوٹے

وحمے تقریباً گلوبچہ نما ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ ۹، صفحہ 220)، اور بڑے وحموں کی شکل تقریباً بیضوی ہوتی ہے اور یہ خون کے تھکے سے زیادہ ورقی اور زیادہ محکم ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۴۹)۔ زرائش پر اکثر اوقات ان میں امنیائی تاچہ (amniotic sac) کے بقیہ حصے دکھائی دیتے ہیں، اور خردبین سے امتحان کرنے پر ان میں سلوی خلات پائے جاتے ہیں جو منجمد خون میں مدفون ہوتے ہیں۔ مضغہ شاذو نادر ہی ملتا ہے۔ اور جب کبھی یہ ملجاتا ہے تو اس میں اکثر اوقات نموی نقائص پائے جاتے ہیں جو انہی نقائص کے مشابہ ہوتے ہیں جو کہفہ رحم سے بعض اسقاط یافتہ بیضوں میں موجود ہوتے ہیں۔ اس امر سے یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ غیر طبعی بیضہ بےمحل حمل (ectopic gestation) کے اسباب میں سے ایک سبب ہو سکتا ہے۔ ایک اور دعویٰ بھی بلاشبہ آشنائی قابل تسلیم ہے، اور وہ یہ ہے کہ مضغہ کا غیر طبعی نمو بیضہ کے ناموافق ماحول میں منتصب ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے جس سے اس کے تغذیہ میں نقص آجاتا ہے۔

ان حالات میں سلوی خلات کا شناخت کرنا کسی قدر سریری اہمیت رکھتا ہے۔ جیسا کہ شکل ۱۵۱ میں ظاہر کیا گیا ہے بعض خلات آزاد ہیں اور بعض خون کے تھکے میں مدفون ہیں۔ قبل الذکر سرحلہ سے پوشیدہ ہیں، اور یہ صاف طور پر شناخت کیا جاسکتا ہے کہ یہ سرحلہ سلوی ہے، کیونکہ یہ دو تہوں سے مرکب ہے جن میں سے ایک تہ بیرونی ہے جو نوانتزار پلازموڈیم (plasmodium) یا کتلتہ الخلایا (syncitium) پر مشتمل ہے، اور ایک اندرونی جو قصیر القامت خلیوں کی واحد قطار (لینگرہینس کی تہ) سے مرکب ہے۔ موخر الذکر کا سرحلہ تقریباً بالکل غائب ہو چکا ہے، اور تمام خلات کے ہیکل میں معتدبہ انحطاط رونما ہو گیا ہے اور یہ بےساخت معلوم ہوتا ہے۔ بیضہ کے تباہ ہو جانے کے بعد سرحلہ کی حیویت ہیکل کی حیویت کے مقابلہ میں زیادہ دیر تک قائم رہتی ہے۔ اور اس فرق کی یہ وجہ ہے کہ قبل الذکر کو غذا الطبعی طور پر مادری خون سے براہ راست پہنچتی ہے جس کے ساتھ یہ ہمیشہ متماس رہتا ہے، اور موخر الذکر کو غذا طبعاً جنینی عروق شعریہ سے ملتی ہے۔ لہٰذا سرحلہ اس منصب خون سے جو وحمہ میں موجود ہوتا ہے غذا حاصل کر سکتا ہے، اور اس طرح زندہ رہ سکتا ہے، مگر ہیکل جو اپنے ماخذ غذا سے دفعتاً منقطع ہو جاتا ہے مضغہ کے ساتھ ہی تباہ ہو جاتا ہے۔ سرحلہ کے زندہ رہنے کی وجہ سے وحمہ کے بننے کے کئی ہفتہ بعد تک خلات شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ خلات کے اردگرد خون کا تندکا دیکھنے میں آتا ہے جس میں مختلف مدارج کا انقباض پایا جاتا ہے، یعنی اس میں لیفینی شبکہ کی مقدار اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات حالیہ انبولی وحمہ میں ایسے خلات پائے جاتے ہیں

جو بالکل تازہ دکھائی دیتے ہیں۔

(۲) انبوبی اسقاط اکثر اوقات انتفاخی حمل (ampullary pregnancy) میں اُس اثنا میں واقع ہوتا ہے جب کہ شگمی دہنہ منفتح رہتا ہے، یعنی یہ حمل کے پہلے دو ماہ میں وقوع میں آتا ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ انبوبی حمل کی اس قسم میں اسقاط انشقاق کی نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ مگر برزخی اور زخمی اقسام میں اسقاط کی نسبت انشقاق زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ 291



شکل ۱۵۳۔ انبوبی حمل جس کا اختتام اسقاط پر ہوا ہے۔ انبوبی وحمہ شگمی دہنہ میں سے کسی حد تک باہر نکلا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ مزمن التہاب انبوبہ کی وجہ سے نلی ملتفت ہوگئی ہے، اور اسکی دیواریں دبیز ہوگئی ہیں۔ اس کا درونہ متسع ہے اور خون سے پُر ہے۔

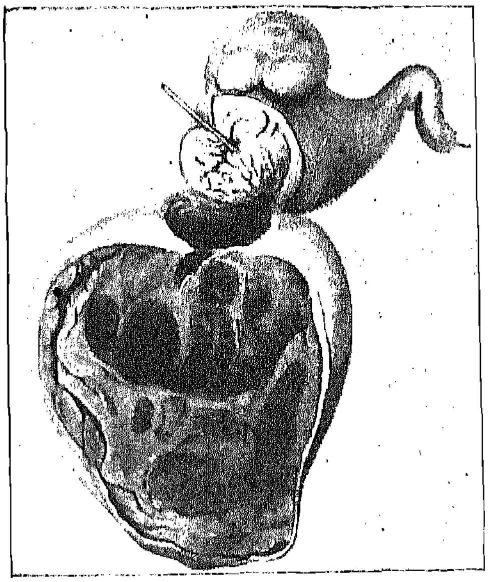
موخر الذکر قسم میں انبوبی اسقاط رحمی دہنہ (uterine ostium) کے راستہ سے بیضہ کے کہفۂ رحم میں خارج ہونے پر مشتمل ہوتا ہے۔ اسقاط یافتہ انبوبی بیضہ پہلے قاعدۃً وحمہ میں تبدیل ہوجاتا ہے لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ شکل ۱۵۱ میں عمل اسقاط دکھائی دیتا ہے۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ وحمہ متسع شگمی دہنہ سے جزوی طور پر خارج ہوچکا ہے، اسقاط پیدا ہونے کا سبب سے

بڑا سبب یقیناً نلی کے غیر متاثر حصّوں کا عضلی انقباض ہے۔ یہ عمل ایک وضع حمل ہی ہے، جو بہت چھوٹے پیمانہ پر ہوتا ہے، اور جس میں ایک درجہ اتساع کا، اور اسکے بعد ایک درجہ اخراج کا ہوتا ہے اور اسکے بعد ایک درجہ بازگشتی کا آتا ہے۔ رحم اور فلوپی نلیوں کی وحدت تو بلاشبہ مذکورہ فعلیاتی مماثلت کی توجیہ کرتی ہے۔ نلی کے انقباضات شائد بیضہ میں نزف کے واقع ہونے سے جس سے نلی دفعتہً متسع ہو جاتی ہے معکوسًا تحریک پاتے ہیں۔ بیضہ کا اخراج یا تو مکمل ہوتا ہے اور یا غیر مکمل۔ موخر الذکر میں بیضہ یا تو ناکافی متسع تنگی دہنہ میں محبوس ہو کر رہ جاتا ہے، اور یا اس کا کچھ حصہ اس کے بیشتر حصہ کے خارج ہو جانے کے بعد اسکے ابتدائی محل تنصیب کے ساتھ چسپیدہ رہتا ہے۔ جو مماثلت اسے رحمی اسقاط کے ساتھ ہے وہ یہاں بھی عیاں ہے۔ انبوبی اسقاط کے ساتھ بعض اوقات شدید داخلی نزف واقع ہوتا ہے جو شدت میں انشقاق سے پیدا شدہ نزف کے برابر ہوتا ہے۔ جب یہ اسقاط مکمل ہوتا ہے تو اس کا نتیجہ جہاں تک بیضہ کا تعلق ہے، یہ ہوتا ہے کہ بیضہ ہمیشہ تباہ ہو جاتا ہے۔ بیضہ کے خارج ہونے کے بعد نلی میں بالعموم معتدبہ اتساع موجود رہتا ہے (دیکھو شکل ۱۵۳)، مگر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس میں جلد ہی بازگشتی واقع ہو جاتی ہے، اور یہ اپنی طبعی شکل اور اپنا طبعی قطر پھر اختیار کر لیتی ہے، اور خالی آنکھ سے اسکے حال ہی میں حاملہ ہونے کا کوئی نشان اس میں شناخت نہیں کیا جا سکتا۔ سریریاتی تشخیص سے انبوبی اسقاط کو انبوبی انشقاق سے تمیز کرنا غیر ممکن ہے جبکہ شدید درد یا ریطونی نزف واقع ہوا ہو۔

(۳) گرد انبوبی قیلہ دمویہ (Peritubal Hæmatocele)۔ پہلے نزف کے ساتھ بیضہ کا اسقاط شاذو نادر ہی واقع ہوتا ہے، اور یہ تمام عمل بعض اوقات کئی دن بلکہ کئی ہفتے لیتا ہے۔ پہلے پہل خون دہنہ سے تھوڑی تھوڑی مقدار میں خارج ہوتا ہے، اور چونکہ یہ منجمد بافت کے ٹکڑوں سے آمیختہ ہوتا ہے اس لئے یہ بعض اوقات دہنہ کے ارد گرد جم جاتا ہے اور جذب نہیں ہوتا۔ اس حالت میں رویہ کی بیرونی تہیں منقضی ہو کر لیفی بافت میں تبدیل ہو جاتی ہیں۔ نلی کے منفتح اور جھالردار سرے کے گرد اس طرح ایک کیسہ بند تھکا بنجاتا ہے جو نلی کے اندر متوالی نزف کے واقع ہونے کی وجہ سے دباؤ میں زیادتی ہونے کے باعث بڑھتا جاتا ہے جس کو ہینڈلے (Handley) نے خون حرکی دباؤ (hæmodynamic pressure) کے نام سے موسوم کیا ہے۔ اس طرح جو تودہ طیار ہوتا ہے
232
اسے گرد انبوبی قیلہ دمویہ کے نام سے تعبیر کیا گیا ہے۔ شکل ۱۵۴ میں قیلہ دمویہ کی گرد انبوبی قسم کی ایک عمدہ مثال دکھائی گئی ہے۔ نلی کو منفتح دہنہ کو ظاہر کرنے کے لئے، جس میں ایک

سخت بال گذار دیا گیا ہے، کیسۂ کاذب سے، جو اس کے جھالردار سرے کو گھیرے ہوئے تھا، جزوی تقطیع کے ذریعہ سے علیحدہ کر دیا گیا ہے۔ نلی کا انتفاخی حصہ جو محلِ حمل تھا تسع دکھائی دیتا ہے، اور تنگنائے طبعی دکھائی دیتی ہے۔

گرد انبوبی دموی قیلہ جات سخت اور واضح التحدد سلعوں کی شکل کے ہوتے ہیں، اور



شکل ۱۵۴۔ گرد انبوبی قیلہ دمویہ (Peritubal Hæmatocele)۔ نلی کا دہنہ قیلہ دمویہ سے بذریعہ تقطیع علیحدہ کر دیا گیا ہے، اور نلی کے منفتح جھالردار سرے میں ایک ڈنڈا داخل کر دیا گیا ہے۔

اردگرد کی بافتوں سے ان کے منضم ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ جب سریری روئداد غیر واضح ہوتی ہے تو ان کو التہابی الاصل انبوبی بیضی تودے تشخیص کیا جا سکتا ہے، یا زیادہ شاذ طور پر یہ رحم اور بیض کے ٹھوس سلعات بھی تشخیص کئے جا سکتے ہیں۔

(۴) پس رحمی یا حوضی قیلہ دمویہ (Retro-uterine or Pelvic Hæmatocele) (دیکھو صفحہ ۹۔ ب)۔ گرد انبوبی قیلہ دمویہ کی نسبت منتشر حوضی یا پس رحمی

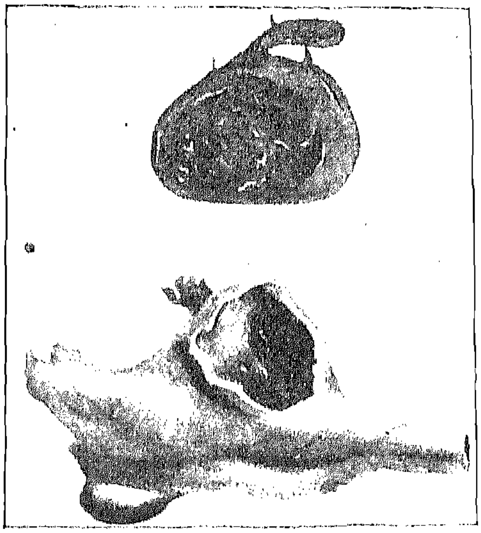
قبیلہ دمویہ کا تکون کہیں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ نزف اس کثرت سے واقع ہوتا ہے کہ خون جم نہیں سکتا، اور نلی کے دہنہ کے گرد کیسہ طیار نہیں ہو سکتا۔ لہٰذا خون ڈگلس کی جیب میں بہ جاتا ہے اور اسے پُر کر دیتا ہے۔ اس طرح جو تھکا طیار ہوتا ہے وہ نیچے کی طرف ڈگلس کی جیب کے فرش سے اور سامنے کی طرف رحم اور عریض رباطات سے محدود ہوتا ہے، اور اوپر کی طرف یہ ایک غشائے کاذب اور امعاء کی منضم گنڈلیوں اور ثرب کے ذریعہ سے دیگر ساختوں سے منقطع ہو جاتا ہے۔ ان حالتوں میں انضمامات بعض اوقات اس قدر کثیف ہوتے ہیں کہ یہ کسی دویرہ کے کیسہ کے مشابہ دکھائی دیتے ہیں۔ خون کے اس قسم کے کیسہ بند تودہ میں بیضہ وحمہ (mole) کی شکل میں موجود ہوتا ہے، اور یا یہ محلِ اخراج پر بھی محبوس پایا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۵۳)۔

۲۔ **خارجی انبوبی نزف**۔ انبوبی حمل کا دوسرا ممکن انجام ناچیۂ حمل (gestation-sac) کا انشقاق ہے جو نلی کے اندر کی طرف نہیں بلکہ باہر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ 233
ان حالتوں میں عضلی دیوار جس سے کہ ناچیۂ حمل طیار ہوتا ہے غذائی ناہض (trophoblast) کے آکل فعل سے اتنی پتلی ہو جاتی ہے کہ منشق ہو جاتی ہے، اور یہ انشقاق یا تو (ا) نلی کے باریطونی طبقہ سے گذر کر شکمی کہفہ میں کھل جاتا ہے، اور یا (ب) نلی کے ناپوشیدہ فرش میں سے ہوتا ہوا رباطِ عریض میں کھلتا ہے۔ (ا) اور (ب) دونوں حالتوں میں یہ کہا جاتا ہے کہ خارجی انبوبی نزف (external tubal hæmorrhage) واقع ہوا ہے۔ حالت (ا) کا ذکر درون باریطونی انشقاق (intra-peritoneal rupture) کے نام سے کیا جاتا ہے اور حالت (ب) درون رباطی انشقاق (intra-ligamentary rupture) کے نام سے تعبیر کی جاتی ہے۔

درون باریطونی انشقاق کی حالت میں ایک وقت ایسا آتا ہے جبکہ عضلہ اور باریطون دونوں متآکل ہو جاتے ہیں، اور بیضہ کے خارجی حدود محض غذائی ناہض اور لیفینی بافت پر مشتمل ہوتے ہیں۔ اس حالت میں باہر کی طرف ایک چاک کا دفعۃً نمودار ہونا ممکن ہوتا ہے جس سے شدید نزف واقع ہوتا ہے۔ چنانچہ اس طرح وہ حالت پیدا ہوتی ہے جو خودرَو انبوبی انشقاق (spontaneous tubal rupture) کے نام سے موسوم ہے۔ زیادہ شاذ طور پر ادھر ادھر خملات باہر نکلے ہوئے دکھائی دیتے ہیں جو محض خون کے تھکے سے ڈھکے ہوتے ہیں، اور یہ تھکا رساؤ کے چھوٹے چھوٹے مقامات پر واقع ہوتا ہے جو اس سے ہر طرف سے

محصور ہوتے ہیں۔ اس کا نام مخفی انشقاق (latent rupture) ہے، اور اس سے نزد انبوبی قیلہ دمویہ (paratubal hæmatocele) بنتا ہے۔

(ل) نزد انبوبی قیلہ دمویہ۔ بیضہ کے گرداگرد مختلف مقامات پر رساؤ پیدا ہو سکتا ہے۔ اور اس طرح جو تھکا طیار ہوتا ہے اسکے بتدریج بڑھنے سے ایک واضح اور مجرد قیلہ دمویہ

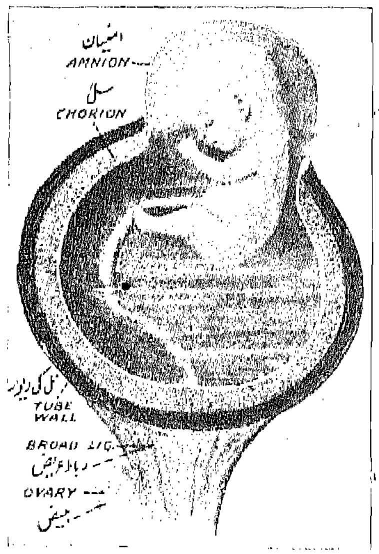


شکل ۱۵۵۔ نزد انبوبی قیلہ دمویہ (Paratubal Hæmatocele) رساؤ کے مقام کے ارد گرد، نلی کی تنگنائے اور اس کے انتفاخی حصہ کے مقام اتصال پر، ایک کاذب کیسہ بن گیا ہے۔ اوپر کی تصویر خون کے اس تھکے کی ہے جو کاذب کیسہ کے انشقاق سے پہلے اس میں موجود تھا۔

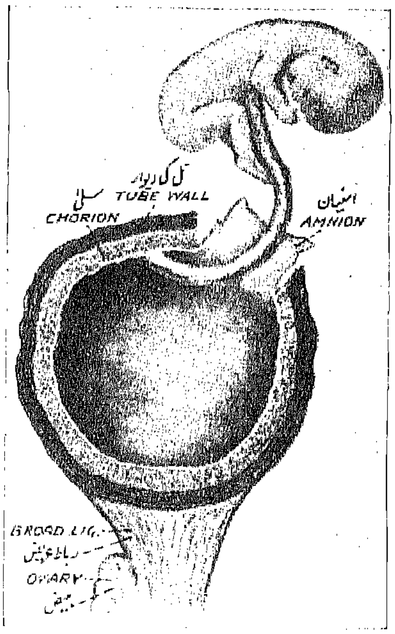
اسی طرح طیار ہو جاتا ہے جس طرح یہ انبوبی اسقاط میں طیار ہوتا ہوا دیکھا جا چکا ہے۔ اس حالت میں ایک کاذب کیسہ بنجاتا ہے جو نلی کے اس حصہ کو محصور کر لیتا ہے جس میں رساؤ کا مقام یا اس کے مقامات واقع ہوتے ہیں۔ چونکہ نلی کے محیط کا صرف ایک ہی حصہ دویرہ بند تھکے سے محصور ہوتا ہے اس لئے قیلہ دمویہ کی اس قسم کو نزد انبوبی (paratubal) کی اصطلاح سے تعبیر کیا گیا ہے۔ شکل ۱۵۵ میں

یہ حالت دکھائی دیتی ہے۔ کیسہ کاذب منشق ہو چکا ہے، اور اس کے مشمولات اوپر کی تصویر میں دکھائی دیتے ہیں۔ انشقاق انتفاخ کی داخلی جانب پر نلی کے تنگ حصہ میں واقع ہوا ہے۔

234 (ب) خودرو انبوبی انشقاق (Spontaneous Tubal Rupture)۔



شکل ۱۵۱۔ نلی کا دروں باریطونی انشقاق (ارتسامی توضیح گائلز کے مطابق)۔ سلی (chorion) پھٹ گیا ہے، مگر امنیان (amnion) سالم ہے، اور جنین اس کے اندر ہے۔ سلی کے مشیمی حصہ کو کوئی ضرر نہیں پہنچا۔ جنین زندہ رہ سکتا ہے۔



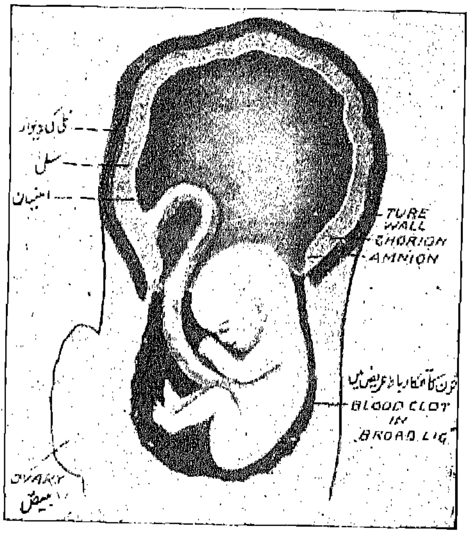
شکل ۱۵۰۔ نلی کا دروں باریطونی انشقاق (ارتسامی توضیح گائلز کے مطابق)۔ سلی اور امنیان دونوں پھٹ گئے ہیں۔ اور جنین حملی تاچہ سے باہر نکل گیا ہے۔ سلی کے مشیمی حصہ کو ضرر پہنچ گیا ہے۔ جنین ہلاک ہو جائے گا۔

بارور بیضہ خواہ نلی کے کسی حصہ میں بھی مدفون ہو خودرو انشقاق کے واقع ہونے کا امکان موجود ہوتا ہے۔ نلی کی تنگنائے اور اس کے زنکی حصے میں انتفاخی حصہ کی نسبت انشقاق کے جلد پیدا ہونے کا احتمال

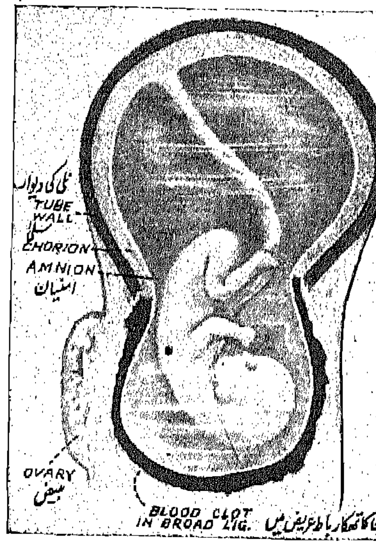
ہوتا ہے کیونکہ نلی کا دورونہ انتفاخ پر نلی کی تنگنائے اور اس کے رشتی حصہ کی نسبت زیادہ وسیع اور زیادہ اتساع پذیر ہوتا ہے ۔ انشقاق سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ آٹھویں اور دسویں ہفتہ کے درمیان واقع ہوتا ہے ' مگر یہ اس سے پہلے اور اس کے بعد بھی واقع ہوسکتا ہے ۔ انشقاق کی معدّدہ حالتوں ' یعنی اتساع سے نلی کی دیوار کے مبتلا ہوجانے ' اور خملات کے آکل فعل کا بیان پہلے کیا جاچکا ہے ۔ ان کے علاوہ اکثر مثالوں میں ایک محرک سبب بھی موجود ہوتا ہے ' جیسا کہ نزف کی وجہ سے بیضہ کی جسامت کا دفعتہً بڑھ جانا ' یا مریضہ کی کسی عضلی جہد سے وعائی تنش کا کسی قدر زیادہ ہوجانا ۔ کبھی کبھی خملات کا صرف فعلِ آکل ہی نلی کی دیوار کے خود درو انثقاب کا محرک ہوتا ہے ۔ شکمی دہنہ کی مسدودیت اسبابِ انشقاق کا لازمی جزو نہیں ' کیونکہ یہ حادثہ انتفاخی قسم تک میں بھی اکثر اس کے بغیر ہی رونما ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۴۴ صفحہ 222) ۔ نلی کے متعدد حصص کی دیوار ہر مقام پر پھٹ سکتی ہے ۔

جہاں تک بیضہ کی زندگی کا تعلق ہے انشقاق کے نتیجہ کا انحصار زیادہ تر چاک کے محل پر ہوتا ہے ۔ اگر یہ نلی کی چھت یا اس کے اطراف پر ہوگا تو اس سے باریطونی غلاف بھی ماؤف ہوجائے گا ' اور انصباب یافتہ خون عمومی کہفۂ باریطون میں بہ نکلے گا ' اور ممکن ہے کہ بیضہ چاک 285
سے مکمل طور پر خارج ہوجائے (دیکھو شکل ۱۵۶ و ۱۵۷) ۔ اگر بخلاف اس کے انشقاق نلی کے فرش پر واقع ہو تو یہ ممکن ہے کہ باریطونی طبقہ دریدگی سے بچ جائے ۔ اس حالت میں انصباب یافتہ خون اور خارج شدہ بیضہ دونوں رباطِ عریض کی تہوں کے درمیان چلے جائیں گے ' اور ان باریطونی شکنوں کو بتدریج کھول کر اس رباط کی اتصالی بافت میں راستہ بنالیں گے (دیکھو شکل ۱۵۸ و ۱۵۹) ۔ اس قسم کا انشقاق بہت نادر الوقوع ہے ' اور زیادہ تر تنگنائے کے حمل کی مثالوں میں پایا جاتا ہے ' کیونکہ نلی کے اس حصہ کی زیریں دیوار انتفاخ کی نسبت باریطون سے کم مکمل طور پر محصور ہوتی ہے ۔ قبل الذکر قسم جیسا کہ پہلے ذکر کیا جاچکا ہے دروں باریطونی (intra-peritoneal) انشقاق کے نام سے موسوم ہے اور موخر الذکر دروں رباطی (intra-ligamentary) یا بیروں باریطونی (extra-peritoneal) کہلاتی ہے ۔ ان دونوں اقسام میں بیضہ سابقہ نزف سے قاعدۃً ہلاک ہوجاتا ہے اور وحمہ میں تبدیل ہوجاتا ہے ۔ نزف کے علاوہ بھی مندرجۂ ذیل حالات میں بیضہ کی ہلاکت ناگزیر ہوتی ہے ۔ (ا) اگر امنیان منشق ہوجائے ' یا (ب) سلی کا مشیمی حصہ انشقاق کی وجہ سے دریدہ یا علیحدہ ہوجائے (دیکھو شکل ۱۵۷ و ۱۵۹) ۔ مگر کبھی کبھی بیضہ کا نمو جاری رہتا ہے '

اور ایسی مثالوں میں یہ مشاہدہ کیا جاچکا ہے کہ انیان سالم رہا، اور سلی کا مشیمی حصہ ایسے محل پر واقع تھا کہ اس کو انشقاق سے کوئی ضرر نہیں پہنچا (شکل ۱۵۶ و ۱۵۸)۔ درون باریطونی انشقاق کی حالت میں مشیمہ بعد ازاں بڑھ کر نلی کے چاک سے باہر نکل جاتا ہے اور قرب وجوار کی باریطونی سطحوں سے



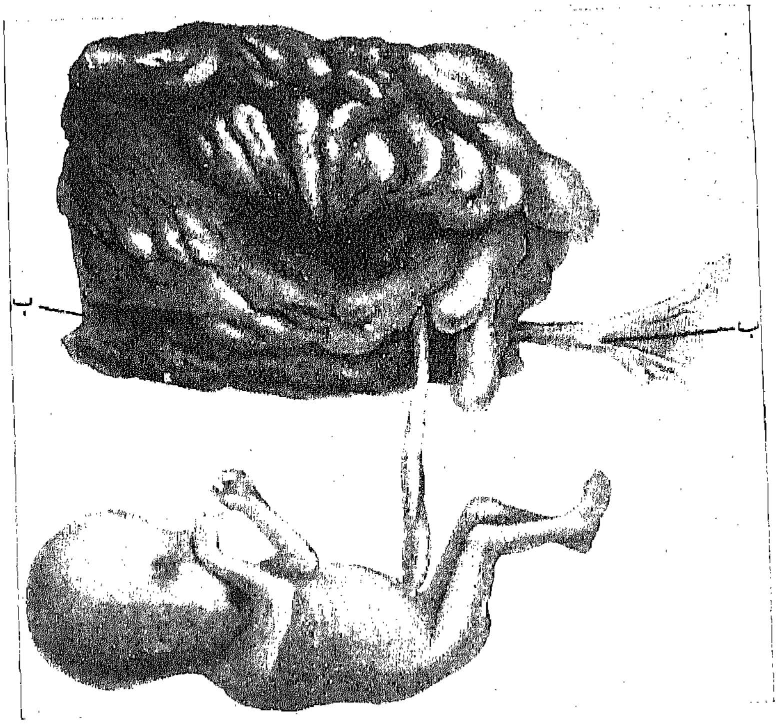
شکل ۱۵۹۔ نلی کا درون رباطی انشقاق (ارتسامی توضیح گائڈ کے مطابق)۔ سلی اور انیان دونوں پھٹ گئے ہیں، اور سلی کے مشیمی حصہ کو ضرر پہنچ گیا ہے۔ جریان خون درون رباطی ہے۔ جنین ہلاک ہوجائیگا۔



شکل ۱۵۸۔ نلی کا درون رباطی انشقاق (ارتسامی توضیح گائڈ کے مطابق)۔ انیان اور سلی کے مشیمی حصہ کو ضرر نہیں پہنچا۔ جنین زندہ رہ سکتا ہے۔

منضم ہوجاتا ہے، اور اس اثنا میں اردگرد کے باریطون سے لمف کی تہیں منکشف سلی پر مطروح ہوجاتی ہیں جن سے ایک کاذب غشا بن جاتی ہے جس سے ایک ثانوی حملی تاچہ بن جاتا ہے (انبوبی شکمی
236 حمل tubo-abdominal gestation: دیکھو شکل ۱۶۴ صفحہ 239)۔ اس ثانوی تاچہ کو قرب وجوار کی باریطونی سطحوں کے ساتھ انضمامات کے پیدا ہوجانے سے مزید تقویت پہنچتی ہے، جن میں ثرب (دیکھو شکل ۱۶۰ و ۱۶۱) امعاء کی گنڈلیاں، اور بعد ورشکم شامل ہوتے ہیں۔ اس بیضہ کو اب ثانوی شکمی (درون باریطونی) حمل کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ بیرون باریطونی

انشقاق کے بعد بھی انہی وجوہ کی بنا پر بیضہ ایسے نتائج پیدا ہو سکتے ہیں، اور اس حالت کو ثانوی شکمی (دروں رباطی) حمل کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۵۸ و ۱۶۲)۔ دروں رباطی حمل میں ثانوی انشقاق بھی واقع ہو سکتا ہے جو کہفۂ باریطون میں کھلتا ہے (شکل ۱۶۲)۔ بایں ہمہ



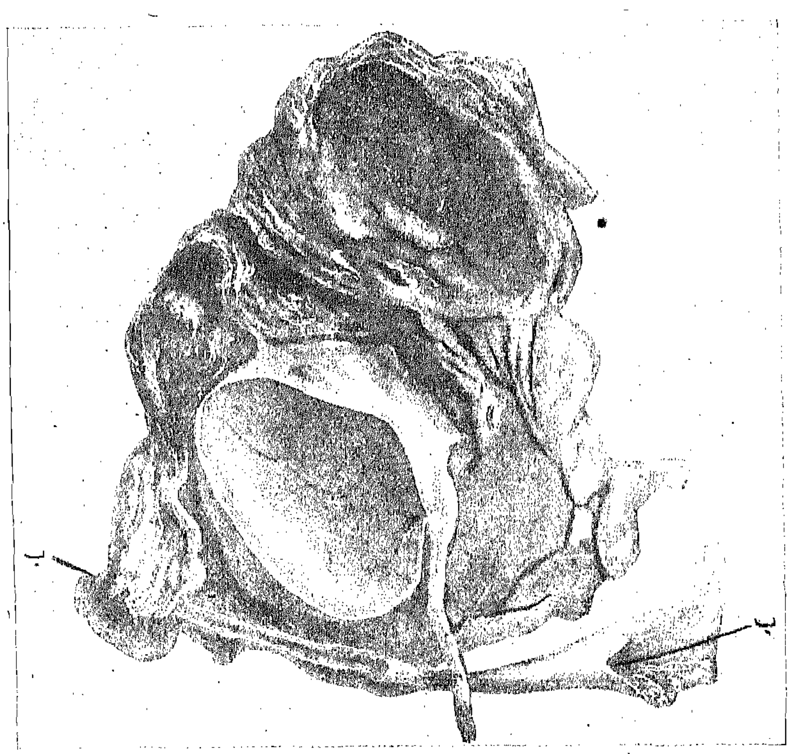
شکل ۱۶۰۔ ثرب کا تودہ ثانوی حملی تاجہ کے گرد لپٹا ہوا ہے اور یہ تاجہ منشق فلوپی نلی کے اوپر کی طرف واقع ہے۔ نلی میں سے ایک موٹا بال (ب ـ ب) گزار دیا گیا ہے۔ ابتدائی انشقاق کے بعد جنین کا نمو سولہ ہفتہ تک جاری رہا (روبِتھ اور لاکیئر)۔

بیضہ جملہ حالات میں تباہ نہیں ہوتا، اس کا سلسلۂ حیات جاری رہتا ہے جیسا کہ دروں باریطونی حمل میں بھی ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۶۰ و ۱۶۳)۔

دروں باریطونی اور دروں رباطی دونوں حمل مقررہ میعاد تک برقرار رہ سکتے ہیں۔ اور اس کے بعد مریضہ کو ایک کاذب وضعِ حمل ہوتا ہے، اور جنین ہلاک ہو جاتا ہے۔ اس کا ذب

وضعِ حمل کا وقوع ایک بہت دلچسپ اور اہم فعلیاتی مظہر ہے، لیکن اس طریقہ کے متعلق ہمیں کچھ علم نہیں جس سے جنین کی موت واقع ہوتی ہے۔ کاذب وضعِ حمل میں شدید دردِ شکم ہوتا ہے اور مریضہ اسے غلطی سے وضعِ حمل سمجھتی ہے، لیکن اس امر کی کوئی سریری شہادت موجود نہیں کہ اس کی ابتدا کرنے میں رحمی انقباضات بھی کوئی حصہ لیتے ہیں۔

ثانوی شکمی حمل کی دروں باربطونی قسم میں حملی تاچہ ایسی غشا پر مشتمل ہوتا ہے جو بیشتر 237



شکل ۱۶۱ - یہ وہی نمونہ ہے جو شکل ۱۶۰ میں دکھایا گیا ہے (روتھ اور لاکیئر)۔ ثانوی حملی تاچہ کو منکشف کرنے کے لئے جو ترب میں اور فلوپی نلی کے اوپر واقع ہے ترب کو پیچھے ہٹا دیا گیا ہے۔ فلوپی نلی کا انشقاق اس کی تنگنائے میں دکھائی دیتا ہے۔

النہایی الاصل ہوتی ہے، اور ملف کی تہوں سے مرکب ہوتی ہے جو سلی پر مطروح ہوتی ہیں، اور اس

لمف میں تحضیہ مختلف حدود تک پایا جاتا ہے۔ غشائے مذکور اندر کی طرف انبیان سے اور باہر کی طرف شکمی دیواروں اور احشاء سے مضبوطی کے ساتھ چپیدہ ہوتی ہے، اور یہ ساختیں اس کو سہارا دیتی ہیں اور زیادہ مضبوط بناتی ہیں۔ مشیمی رسدِ خون بیشتر منضم ثرب اور ماساریقا سے حاصل ہوتی ہے۔ حمل کی اس قسم میں مشیمہ بالعموم جنین کے نیچے واقع ہوتا ہے۔

درون رباطی قسم میں حملی ناچہ ان بافتوں پر مشتمل ہوتا ہے جن سے رباطِ عریض مرکب ہوتا ہے، اور جوں جوں جنین بڑھتا ہے یہ بافتیں پھیلتی جاتی ہیں۔ اس عمل سے حصوں کے تشریحی تعلقات میں بہت سے تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ چنانچہ باریطون حوض سے اوپر اٹھ جاتا ہے، اور مقدم شکمی دیوار سے اتر جاتا ہے، اور اس لئے اس کا وہ انعکاس جو رحمی مثانی جیب کے فرش کا متناظر ہوتا ہے بعض اوقات ناف سے بھی اوپر چلا جاتا ہے۔ اس حالت کو مقدم بروں باریطونی حمل (anterior extra-peritoneal pregnancy) کے نام سے تعبیر کیا گیا ہے۔ جب یہ حمل رحم کے پیچھے موجود ہوتا ہے تو جنین اس ناچہ میں پایا جاتا ہے جو پہلے رباطِ عریض کی موخرتہ کے باریطون کے ارتفاع سے، اور پھر ڈگلس کی جیب کے فرش کے، اور حوض کی موخر دیوار کے باریطون کے ارتفاع سے بنتا ہے۔ انجام کار یہ بھی ممکن ہے کہ ماساریقائے اعور (mesocæcum) یا ماساریقائے قولونِ سینی (mesosigmoid) بھی اس نام نہاد موخر بروں باریطونی حمل (posterior extra-peritoneal pregnancy) سے کھل جائیں۔ ان تغیرات کا ایک اتفاقی نتیجہ یہ ہے کہ مقدم حالتوں میں ناچہ کو شکمی شگاف سے کہفہ باریطون میں سے گذرنے کے بغیر کھولا جاسکتا ہے۔ اور موخر حالتوں میں جنین ایک باریطونی ناچہ میں 288
پڑا ہوتا ہے جیسے شکم کو کھولنے پر تقریباً اسی آسانی سے باہر نکالا جاسکتا ہے جیسے حامل رحم کو نکالا جاسکتا ہے۔

درون رباطی حمل کی حالتوں میں مشیمہ اور جنین کا تعلق اہمیت رکھتا ہے۔ اس امر کا مشاہدہ کیا جاچکا ہے کہ ثانوی شکمی (درون باریطونی) حمل میں جنین بالعموم مشیمہ کے اوپر پایا جاتا ہے۔ اور درون رباطی قسم میں جنین بالعموم مشیمہ کے نیچے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۶۲)۔ جنین کے نشوونما سے مشیمہ بتدریج اوپر کی جانب کو اٹھتا جاتا ہے اور اس لئے یہ اپنے ابتدائی تعلقات سے منقطع ہوجاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جنین ہلاک ہوجاتا ہے۔ موخر بروں باریطونی حمل کے متعلق ایک اہم امر یہ ہے کہ حملی ناچہ کا معائے مستقیم سے ایک قریبی تعلق ہوتا ہے جس کی وجہ سے

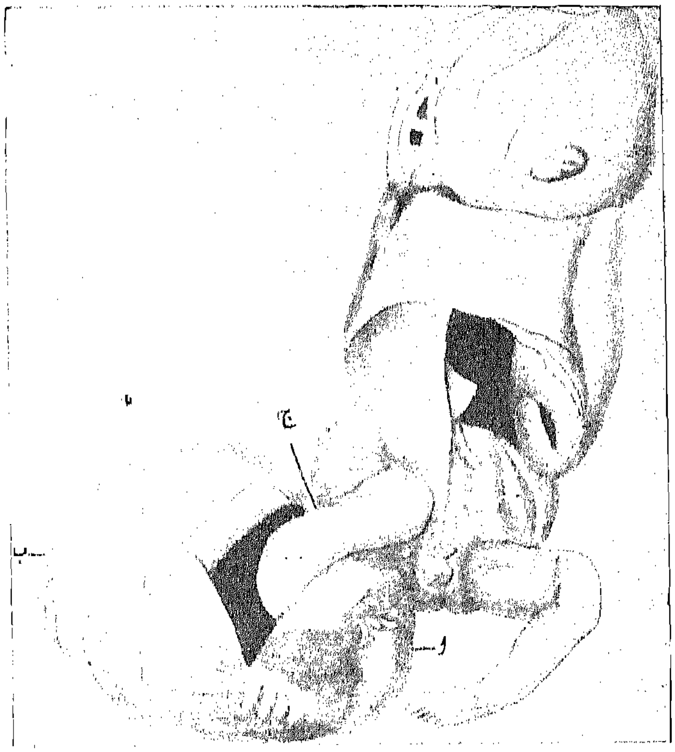
قبل الذکر اکثر سرائت زدہ ہو جاتا ہے چنانچہ ایسا بھی ہوا ہے کہ اس قسم کے حمل میں تقیح واقع ہو گیا اور جنین کی ہڈیاں براستہ مبرز خارج ہوئیں۔



شکل ۱۶۲- دائیں جانب کا درون رباطی حمل۔ رحم کی موخر دیوار پر شگاف دیا گیا ہے اور اس میں حمل کا پردہ علاحدہ دکھائی دیتا ہے جنین جو کہ بیضہ، نفیر اور حبل بالوکی کے درمیان انشقاق میں سے گذر کر رباط عریض کی دو تہوں میں جا لگا تھا۔ حمل عمر ساڑھے سات ماہ

صادق رباط عریض رباطی حمل میں مبیض اور اس کا رباط تاچہ کے باہر ہوں گے، اور یہ یا تو اس کی موخر سطح پر یا اس کی چوٹی پر، اور یا اس کی مقدم دیوار پر تنے ہوں گے۔ ایسی حالت میں

محلِ بیض کی تعیین ایک اہم امر ہے کیونکہ اُس حالت کے جو کاذب رباطی حمل (pseudo-ligamentary gestation) کے نام سے موسوم ہے اِس حالت کے ساتھ خلط ملط ہو جانے



شکل ۱۶۳ — انبوبی شکمی حمل۔ ا۔ نلی کا انتفاخ۔ ب۔ ابتدائی انبوبی حملی ناچیہ۔ ج۔ جنین کا پاؤں حملی ناچہ میں۔ بقیہ جنین کہفۂ باریطون میں جا چکا تھا۔

اور رباطِ عریض کی تہوں کے درمیان کا حمل کہلانے کا احتمال ہے۔ کاذب قسم میں جنین نلی کے انتفاخی حصّہ میں موجود ہوتا ہے جو رباط عریض کی مؤخر سطح سے منضم ہو جاتا ہے، اور رباطِ عریض ناچیہ کے اوپر ٹوپی کی طرح تنا ہوتا ہے۔ ان حالتوں میں بیض حملی ناچیہ کے سامنے، اور اس کے اور رباط عریض کی مؤخر سطح کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

زمانہائے قدیم و حال میں ایسی مثالیں درج کی جا چکی ہیں جن میں خارج الرحم جنین اپنی

ہلاکت کے بعد کئی سال تک کہفۂ شکم میں محبوس رہا۔ ان میں سے بعض مثالوں میں تھلی تاچہ امعاء یا رحم سے سرائت زدہ ہوکر منقبض ہو گیا تھا، جس کا نتیجہ یہ ہوا تھا کہ ناسور ہی راستے بن گئے تھے جو یا تو باہر کی طرف اور یا قرب وجوار کے مجوف احشاء مثلاً معائے کبیر، مثانہ اور مہبل میں کھلتے تھے۔ ایسے ناسوروں میں سے وقتاً فوقتاً جنین کی ہڈیاں بھی خارج ہوتی ہیں۔ مگر جب تاچہ سرائت سے محفوظ رہتا ہے تو جنین کا جسم سیالی اجزائے ترکیب کے انجذاب کی وجہ سے سکڑ جاتا ہے اور خشک شدہ بافتوں پر چونے کے نمک بکثرت مطروح ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے یہ متحجر جنین (lithopædion) میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں یہ کئی ایک سال تک محبوس رہتا ہے اور مریضہ کو کسی قسم کی کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔

240

حمل متعدد (Multiple Pregnancy) اور بے محل حمل (Ectopic Gestation)

جہاں تک دررحمی حمل کا تعلق ہے حمل متعدد اسّی حالتوں میں سے تقریباً ایک میں پایا جاتا ہے، اور یہ کافی عام ہے۔ بخلاف اس کے خارج الرحم حمل کی حالت میں یہ نادرالوقوع ہے۔

جن واقعات کے متعلق اطلاع مل چکی ہے وہ تین عنوانات کے تحت مرتب کئے جا سکتے ہیں۔

۱۔ ہم زماں دررحمی اور بیرون رحمی حمل۔

۲۔ ایک ہی فلوپی نلی میں حمل متعدد۔

۳۔ ہر ایک نلی میں ہم زماں حمل۔ (ا) حمل متوالی کے واقعات۔ (ب) متزامن دوبیضکی حمل کے واقعات۔

گروہ ۱ میں واقعات کی سب سے بڑی تعداد پائی جاتی ہے، اور گروہ ۳ (ب) میں سب سے کم گویا متزامن دوبیضکی حمل خارج الرحم حمل کی سب سے زیادہ نادرالوقوع قسم ہے۔

یہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 218) کہ ۱۹۲۶ء تک بیضی حمل کے کم از کم بیالیس مستند واقعات درج کئے گئے، اور اسی زمانہ میں ایسے صرف اٹھائیس واقعات ہی مل سکے جن میں دونوں نلیوں میں متزامن حملوں کا وقوع ثابت کیا جا سکا۔ اس تعداد سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ موخرالذکر قسم تمام حملوں سے زیادہ نادرالوقوع ہے۔

حمل متعدد کی ایک عجیب وغریب مثال ایمسٹرڈم کے ٹریب (Treub) نے بیان کی ہے۔

اس میں حملی ناحیہ میں پانچ جنین تھے۔ مکین (McCann) کی ایک مریضہ میں یک بیضی توام پائے گئے تھے جن کا مقام تنصیب ایک ہی تھا۔

دوجانبی انبوبی حمل کی تشخیص۔ دونوں نلیوں میں مزامن حملوں کے استقرار کی سریری تشخیص تقریباً ناممکن ہے، لیکن متوالی حملوں میں یعنی جبکہ ایک نلی دوسری نلی سے کافی عرصہ پہلے حاملہ ہوئی ہو تشخیص ممکن ہوتی ہے۔ ایسے درد کے واضح حملے دیکھے جاچکے ہیں جو پہلے ایک طرف شروع ہوتے ہیں اور پھر دوسری طرف۔ لیکن عملیہ سے پہلے ابھی تک اس کی کبھی بھی صحیح تشخیص نہیں کی جاسکی۔ دورانِ عملیہ میں شکافِ شکم میں سے دونوں اطراف پر انبوبی ضرر کا مشاہدہ بآسانی کیا جاسکتا ہے، مگر باوجود اس کے ضرر کی دوجانبی ماہیت نظر انداز کی جاچکی ہے، جس سے دوسرے عملیہ کی ضرورت ہوئی ہے۔ لہٰذا جب خارج الرحم حمل کے لئے عملیہ سر انجام دیا جائے تو دونوں طرف کے زوائد کا امتحان کرنا ضروری ہوتا ہے۔

ایسی حالت میں بھی جبکہ دوسری طرف کی نلی حملی ناحیہ کا محل نہیں ہوتی اکثر اوقات اس میں انبوبی اجتماع الدم (hæmatosalpinx) پایا جاتا ہے (ڈورین: Doran)۔ ایسے واقعات میں تفریقی تشخیص کا فیصلہ محض خردبینی امتحان سے کیا جاسکتا ہے۔ دوجانبی انبوبی حمل کے سلسلہ میں مشکل ترین تشخیصی مسئلہ حملوں کی مزامنت کے سوال سے تعلق رکھتا ہے۔ لیکن یہ ایک علمی نکتہ ہے جس پر یہاں بحث کرنا ضروری نہیں[1]۔

علاج۔ دوجانبی انبوبی حمل کا امکان اس امر کی ایک دلیل ہے کہ حاد شکمی حملہ کے دوران میں جراحی مداخلت جلد کرنا چاہیئے۔ ایسے کئی ایک شدید واقعات کا اندراج کیا جاچکا ہے جن میں محض ایک نلی منشق ہوئی تھی، لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ دوسری طرف بھی اتنا ہی خطرناک ضرر اسقاط کی شکل میں موجود ہو۔ یہ ایک حقیقت ہے کہ مریضہ کے لئے دوجانبی ضرر سے دوگنا خطرہ ہوتا ہے۔

اگر نلیوں کے تبرات انبوبہ برآری (salpingectomy) کے مقتضی ہوں تو یہ ظاہر ہے کہ بیضین کو بچا لینا چاہیئے۔ رحم کا استیصال نہ کرنا چاہیئے تاوقتیکہ صورت حالات کے لحاظ سے 241

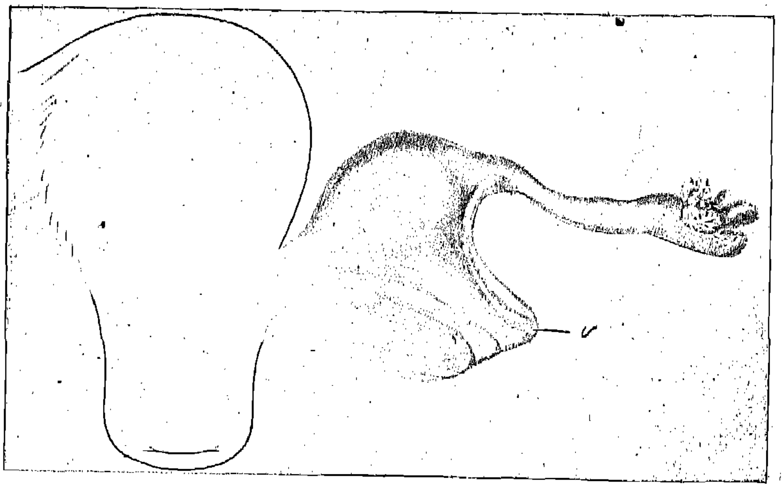
---

[1] "Simultaneous Bilateral Tubal Pregnancy" (Cuthbert Lockyer, M.D.). *Proc. Roy. Soc. Med.*, vol. x, No. 7, pp. 88-102, 1917.

اس کی اشد ضرورت محسوس نہ ہو۔

دو قرنی رحم کے مستزاد قرن میں حمل۔ یہ دلچسپ مظہر غلطی سے بار بار انبوبی حمل تصور کیا جا چکا ہے جس سے یہ مستدیر رباط کے تعلقات سے تمیز کیا جاتا ہے جو دونوں حالتوں میں مختلف ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۶۴)۔ انبوبی حمل کی حالت میں مستدیر رباط حملی تاچہ کی اندرونی طرف سے پیچیدہ ہوتا ہے، مگر قرنی حمل میں یہ تاچہ کی بیرونی طرف سے نکلتا ہے۔

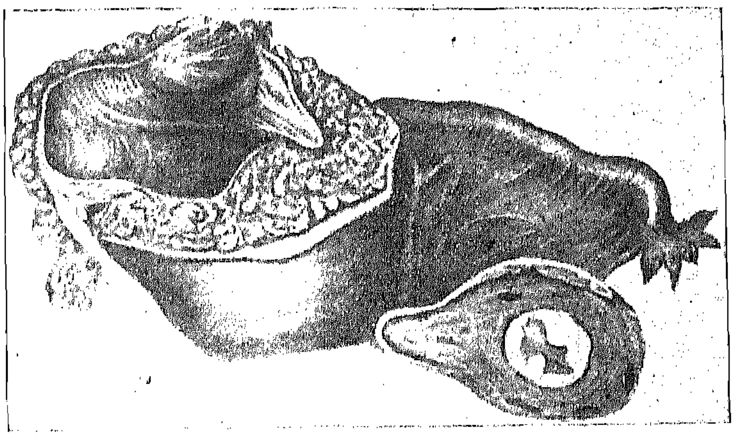
واقعات کی اکثریت میں وہ اتحادی بند جو ناقص النمو یا مستزاد قرن کو رحم سے ملاتا ہے ٹھوس ہوتا ہے۔ اس لئے حیوانات منویہ اس قرن میں براہ راست داخل نہیں ہوسکتے۔ ایسی حالتوں میں استقرار حمل کے لئے یہ ضروری ہوتا ہے کہ حیوانِ منوی کہفۂ باریطون میں ایک طرف سے دوسری طرف خارجی نقل مکان کرے۔ اس صورت میں جسم اصفر اسی طرف کے بیض



شکل ۱۶۴۔ مستزاد قرن جو بخوبی نمو یافتہ رحم کی بائیں جانب سے پیچیدہ ہے۔ (ارتسامی توضیح، رحم نکالا نہیں گیا تھا)۔ مستدیر رباط (ما) قرن کی بیرونی جانب سے نکلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ مستزاد قرن اور رحم کے طبعی کہفہ کے درمیان کوئی راستہ موجود نہیں تھا۔

میں پایا جاتا ہے جس طرف حامل قرن ہوتا ہے جیسا کہ شکل ۱۶۵ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ دوسری مثالوں میں جن میں جسم اصفر دوسری طرف کے بیض میں پایا جاتا ہے بیضہ کا خارجی نقل مکان اس کی باروری سے قبل یا اس کے بعد ضرور عمل میں آیا ہوگا۔ شکل ۱۶۵ میں مستزاد قرن کا

ایک عریض سا قیچہ دکھائی دیتا ہے جو خرد بینی تراش پر بے سوراخ پایا گیا۔ اکثر حالتوں میں یہ سا قیچہ قلیل العرض اور طویل ہوتا ہے جس سے قرن ایک معتد بہ حد تک حرکت پذیر رہتا ہے۔



شکل ۱۶۵ ۔ دو قرنی رحم کے متزاد قرن میں حمل ۔ تاچہ کے بالائی قطب پر انشقاق واقع ہوا ہے ۔ بیض میں جسم اصفر موجود ہے (ڈورین اور لاکیئر) ۔

حامل قرن کا انشقاق بالعموم اس کی بالائی اور اندرونی دیوار پر واقع ہوتا ہے' جو پہلے بتدریج پتلی ہوتی رہتی ہے (دیکھو شکل ۱۶۵)۔ ناقص النمو قرن میں ریزبینہ نہیں بنتا (دیکھو شکل ۱۶۶)' لہٰذا اغذائی ناہض (trophoblast) کی قوت آکلہ عضلی ریشوں پر براہِ راست عمل کرتی ہے جیسا کہ انبوبی حمل میں بھی دیکھا گیا ہے جس میں کوئی ریزبینہ اس کا مانع نہیں ہوتا۔ اس طرح ریزیجی خلیہ کے اس اثر کی وضاحت بخوبی ہو جاتی ہے جو کتلتہ الخلائی فعالیت (syncytial activity) کا انسداد کرنے میں بروئے کار آتا ہے۔ پیدائشِ انشقاق کے معاون اسباب قرنی انقباضات اور تاچہ کے اندر کا ترقی یافتہ تناؤ ہیں جس میں بیضہ کی بالیدگی کی وجہ سے اضافہ ہوتا رہتا ہے۔ بعض قرون اتنے نمو یافتہ ہوتے ہیں کہ ان میں حمل میعادِ مقررہ تک پہنچ جاتا ہے۔ لیکن ان کے عضلی نظام کا نمو اکثر ضعیف ہوتا ہے اور اس حالت میں انشقاق بالعموم حمل کے سولھویں ہفتہ میں

یا اس سے قبل واقع ہو جاتا ہے ۔ اگر حمل اپنی میعاد تک پہنچ جائے تو ایک کاذب وضع حمل ہوتا ہے اور جنین ہلاک ہو کر محبوس ہو جاتا ہے ۔ اسکے بعد یہ یا تو منقوع (macerated) ہو جاتا ہے اور صرف ہڈیاں ہی باقی رہ جاتی ہیں، اور یا یہ متحجر جنین (lithopædion) بن جاتا ہے ۔



شکل ۱۶۶۔ قرنی حمل کے مقامِ انشقاق میں سے مستعرض تراش ۔ قرن کی عضلی تہوں کا تاکل بخوبی دکھائی دیتا ہے ۔ ا ۔ مشیمہ کے ٹکڑے جو قرن کے درونہ میں موجود ہیں۔ ب ۔ عضلی ورقات جو پتلے ہو گئے ہیں اور ثنیہ دار ہیں۔ ج ۔ دبیز عضلی ورقات جو انشقاق اور اخراجِ جنین کے بعد بازکشیدہ ہو گئے ہیں ۔

243 ## انبوبی حمل کے سریری خصائص ۔

اس موضوع پر تین مدارج کے تحت بحث کی جائے گی، یعنی ۱ ۔ داخلی نزف کے وقوع سے قبل ۔ ۲ ۔ اس کے بعد ۔ ۳ ۔ ثانوی شکمی حمل ۔

۱۔ داخلی نزف کے وقوع سے قبل ۔ اس زمانہ میں انبوبی حمل سے حمل رحم کے ابتدائی زمانہ کی نسبت کسیقدر زیادہ مقامی یا عمومی اختلالات پیدا ہو جاتے ہیں۔ جب کسی تندرست عورت کو جسے حیض باقاعدہ آتا ہو "ایام" کی متوقع تاریخ کے دو تین ہفتہ بعد تک حیض نہ آئے تو استقرار حمل کا قوی احتمال ہوتا ہے، لیکن یہ ممکن ہے کہ اس وقت کوئی امر ایسا موجود نہ ہو جس سے یہ ظاہر ہو سکے کہ حمل رحمی ہے یا بیرون رحمی۔ حمل کے عمومی امارات وعلامات مثلاً بے طمئنیت، قے کی متلی، اور خفیف سے پستانی تغیرات اکثر اوقات موجود ہوتے ہیں، مگر تقریباً ۳۰ فی صد کی مریضوں میں ماہواری ایام میں کوئی بیّن خلل واقع نہیں ہوتا، کیونکہ استقرار حمل کے بعد اسی زمانہ میں جبکہ پہلے ماہواری ایام کا وقت آتا ہے اور یا اس سے پیشتر ہی بے قاعدہ نزف شروع ہو جاتا ہے۔ رحم سے خون کا بہنا غالباً اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ نزف یا تو نلی تا چہ میں اور یا نلی کے درون میں واقع ہوا ہے اور بیضہ تباہ ہو چکا ہے۔ بقیہ مریضوں میں بے طمئنیت دو یا تین مہینوں تک برقرار رہتی ہے اور استثنائی صورتوں میں یہ چار سے پانچ ماہ تک بھی پائی جاتی ہے۔۔ اس زمانہ میں حمل کے علامات کے علاوہ جس علامت کے پائے جانے کا امکان ہے وہ تشنجی درد شکم کے متوالی حملے ہیں، جن میں یہ اکثر ماؤف جانب ہی کی طرف محول ہوتا ہے۔ درد غالباً نلی کے تمدد کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، کیونکہ یہ ایک یقینی امر ہے کہ حاملہ نلی میں جو بیش تکون واقع ہوتا ہے اس کا اس بیش تکون سے کوئی مقابلہ نہیں جو حامل رحم میں واقع ہوتا ہے۔ لہٰذا حاملہ نلی کا اتساع انفعالی ہوتا ہے، فاعلی نہیں ہوتا۔ اگر درد شکم کے حملے حمل کے ابتدائی زمانہ میں واقع ہوں تو ہمیشہ بے محل حمل کا شک پیدا ہونا چاہیئے، اور ان کو اس امر کی دلیل سمجھنا چاہیئے کہ نہایت مکمل و درستی امتحان کی ضرورت ہے۔

طبیعی امارات ۔ پستانی فعالیت کی موجودگی کی اہمیت صرف اسی عورت میں ہوتی ہے جو پہلے کبھی حاملہ نہ ہوئی ہو۔ اس کے متعلق سب سے اہم امر یہ ہے کہ پستانی غدد کے بعض لختکوں میں بیش پرورش پائی جاتی ہے، اور یہ ان لختکوں میں اکثر واقع ہوتی ہے جو بالائی اور بیرونی ربع میں واقع ہوتے ہیں۔ بہرکیف واقعات کی اکثریت میں پستانی امارات اس وقت تک نمودار نہیں ہوتے جس پر بے محل حمل کی تشخیص کر لینا چاہیئے، اور اس لئے پستانی تغیرات پر زیادہ اعتماد نہ رکھنا چاہیئے۔ امتحانِ مہبل پر قم خارجی کے لبوں میں نرمی شناخت کی جا سکتی ہے، اور یہ ابتدائے زمانۂ حمل کی معتبر ترین امارات ہے۔ جسیم رحم بعض اوقات

کسی قدر کلانی یافتہ ہوتا ہے' اور اس کی بستگی میں لچک پائی جاتی ہے۔

غیر منشق حاملہ نلی ایک لچکدار ورم کی شکل کی ہوتی ہے جو قاعدۃً جسم کی متاثرہ جانبی طرف پر واقع ہوتا ہے (شکل ۱۴۶) اور شاذ صورتوں میں یہ رحمی مثانی جیب میں بھی پائی جاتی ہے۔ اس کے نیچے اکثر اوقات نابض عروق محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ اپنے طبیعی خواص کی مدد سے یہ ان انبوبی کلانیوں سے تمیز نہیں کی جا سکتی جو دیگر وجوہ سے پیدا ہوتی ہیں' اور اس کی نوعیت محض اُن علامات سے معلوم کی جا سکتی ہے جو اس کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔

انبوبی حمل کو اُس انبوبی بیضی ورم سے جو حمل رحم کے ابتدائی زمانہ میں پایا جاتا ہے تمیز کرنے میں احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ آٹھویں ہفتہ سے پہلے وہ تغیراتِ رحم جو طبعی حمل کا ممیز خاصہ ہوتے ہیں معدوم جس کے زیر اثر بھی اچھی طرح سے شناخت نہیں کئے جا سکتے' اور تفریقی تشخیص میں یہ ایک بڑی دقت ہے۔ عنق دونوں حالتوں میں نرم محسوس ہوگی۔ اگر خفیف سا رحمی نزف پایا جائے تو اس سے تشخیص میں کوئی مدد نہیں ملتی' کیونکہ یہ حامل رحم سے بھی اکثر اوقات واقع ہوتا ہے خاصکر جبکہ اسقاطِ مخطور کا احتمال ہو۔ ورم کا محل اور اس کے خواص دونوں حالتوں میں لازمی طور پر مختلف نہیں ہوتے' لیکن ایسے عروق کا جو واضح طور پر نابض ہوں' صرف ماؤف جانب پر ہی پایا جانا انبوبی حمل کی تشخیص کی مساعدت کرتا ہے۔ ورم کی سریع ترقی جس کی شناخت مکرر امتحانات سے کی جا سکتی ہے سب سے زیادہ یقینی تفریقی امر ہے' لیکن جب شبہ پیدا ہو جائے تو فوراً عملیہ کرنا بہتر ہوتا ہے۔

244 سریری مشاہدہ کی بنا پر یہ ایک یقینی امر ہے کہ مذکورہ بالا علامات کے علاوہ اور کوئی علامات اُس وقت تک ظہور پذیر نہیں ہوتے جب تک کہ نزف یا تو نلی ہی میں' یا کہفۂ باریطون میں' یا رباط عریض میں واقع نہ ہو جائے۔ اکثر حالتوں میں وقوعِ خلل کی اولین امارت ایک خفیف سا خارجی نزف ہوتی ہے جو رحم سے واقع ہوتا ہے' اور یہ نزف بعض اوقات ان شدید تر علامات میں سے جو بعد میں لازمی طور پر پیدا ہوتی ہیں' کسی ایک سے چند دن پہلے نمودار ہوتا ہے۔ یہ علامات عام طور پر خارج الرحم حمل کے علامات تصور کئے جاتے ہیں' لیکن یہ درحقیقت ثانوی علامات ہیں کیونکہ یہ حمل سے براہ راست پیدا نہیں ہوتے' بلکہ چند ایسے اختلالات سے پیدا ہوتے ہیں جو یا تو بیضہ کو تباہ کر دیتے ہیں اور یا اس کے نمو کے طرز میں بہت سی تبدیلی پیدا کر دیتے ہیں۔ ان علامات میں قدرتی طور پر یکسانیت نہیں پائی جاتی جس کی وجہ یہ ہے کہ

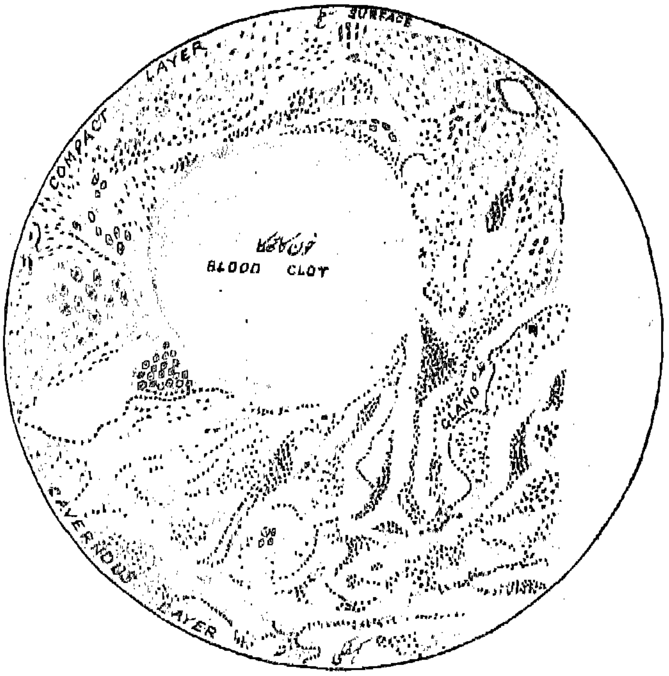
ان کا انحصار اُس نقصان کی وسعت اور نوعیت پر ہوتا ہے جو بیضہ اور نلی کو پہنچتا ہے۔ بہرحال جونہی نلی کے اندر کے حمل کے طبعی عمر میں خلل پیدا ہوتا ہے سریری خصائص میں ایک نمایاں اور سریع تبدیلی واقع ہو جاتی ہے۔

۲۔ داخلی نزف کے وقوع کے بعد۔ نزفِ رحم جاری رہتا ہے، اور یہ بالعموم یکساں رہتا ہے، بے قاعدہ نہیں ہوتا، اس کی مقدار متوسط ہوتی ہے اور خون کا رنگ تاریک ہوتا ہے۔ یہ خواص سائلِ حیض کے خواص کے مشابہ ہیں، اور اس لیے مریضہ بعض اوقات یہ خیال کرتی ہے کہ یہ جریانِ خون زمانۂ حیض ہی کی طوالت کا نتیجہ ہے۔ کبھی کبھی ریزینہ بھی علیحدہ ہو کر خارج ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ رحم کے مکمل سبیکہ کی شکل میں علیحدہ ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۴۵)، مگر بیشتر ایسا ہوتا ہے کہ اس کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے علیحدہ ہو کر خارج ہوتے ہیں۔ بعض حالتوں میں ریزینہ کا اخراج قطعاً شناخت نہیں کیا جا سکتا، اور یہ ممکن ہے کہ یہ فوضل کی شکل میں بتدریج اتر کر الگ ہوتا ہو۔ ریزینہ کے خواص واضح اور یکساں ہوتے ہیں، اور اس کی شناخت سے تشخیص میں معتدبہ مدد مل سکتی ہے۔

ریزینی غشا کی اندرونی سطح صاف اور بیرونی کھردری ہوتی ہے، اور اس پر اکثر اوقات چھوٹے چھوٹے حلمی ارتفاعات بھی موجود ہوتے ہیں۔ خردبین سے یہ ایک سطحی بستہ تہ، اور ایک عمیق مشبک یا کھکھی تہ پر مشتمل دکھائی دیتی ہے۔ سطحی سرحلمہ تقریباً مکمل طور پر غائب ہوتا ہے، اور بستہ تہ میں بہت کم غدد پائے جاتے ہیں، اور یہ تہ بیضوی، مدور یا کثیر الاضلاع خلیوں کے تودوں پر مشتمل ہوتی ہے جو ایک دوسرے میں ٹھسے ہوتے ہیں۔ ان خلیوں کے نوات گلوب نما ہوتے ہیں۔ یہی خلیات ریزینی خلیات (decidual cells) ہیں۔ اس غشا کے اترنے کے بعد اس کے اس حصہ میں بہت سے بڑے بڑے وریدی جوف اور کئی ایک زخنکی نزف بالعموم پائے جاتے ہیں جو بعض اوقات عظیم الجسامت ہوتے ہیں۔ عمیق تہ میں کئی ایک بے قاعدہ متسع غدد ہوتے ہیں جن میں سے اکثر میں سرحلمہ بخوبی مصئون ہوتا ہے۔ رحم سے خارج شدہ بافت میں ریزینی خلیوں کی موجودگی زیادہ تشخیصی اہمیت نہیں رکھتی (دیکھو "دردِ حیض" صفحات 184 و 191)، لیکن اس میں ایسی غشا کا پایا جانا جس میں مذکورہ بالا خواص موجود ہوں حمل کی ایک ممیز خصوصیت ہے۔ رحمی حمل (اسقاط) کی مثالوں میں سلوی حملات یا سلوی سرحلمہ کے شائبات بالعموم ریزینی غشا سے

چپیدہ پائے جائیں گے، لیکن خارج الرحم حمل میں یہ صورت قدرتاً غائب ہوگی (دیکھو شکل ۱۶۷)۔

انبوبی حمل میں داخلی نزف کے سریری نتائج اختلاف پذیر ہوتے ہیں، اور ان کا انحصار 245
زیادہ تر دو چیزوں یعنی نزف کی مقدار اور اس کی سرعت پر ہوتا ہے۔ انکو تین سریری اقسام میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔



شکل ۱۶۷۔ خارج الرحم حمل کے ایک اصابہ سے ریزینی سبیکہ (decidual cast) غشا کے مرکزی حصہ میں ایک عظیم الجسامت زخمی نزف دکھائی دیتا ہے۔ بائیں جانب پر ریزینی خلیوں کے جھنڈ دکھائی دیتے ہیں۔ سلوی خلات موجود نہیں ہیں۔

(ا) اگر نزف تیزی سے ہو رہا ہو، اور خون کی زیادہ مقدار ضائع ہو گئی ہو تو انصباب یافتہ خون عمومی باریطونی کہفہ میں تقسیم ہو جاتا ہے، اور اس کا رجحان اسکے سب سے نیچے کے حصوں مثلاً ڈگلس کی جیب یا کلوی حفروں میں جمع ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ قسم انتشاری (diffuse) کے

نام سے موسوم ہے، اور بعض اوقات اسے "درون باریطونی سیلاب" (intraperitoneal flooding) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ چند حالتوں میں ناف اور شکم کی مقدم دیوار کی کوفتگی اور ان کی رنگت کی تبدیلی کو شدید باریطونی نزف اکے مرافقات کے طور پر بیان کیا گیا ہے۔ یہ مظہر جو "کلن کی امارت" (Cullen's sign) کے نام سے موسوم ہے، منشق بیضے محل حمل کی امتیازی خصوصیت نہیں، بلکہ یہ ہر درون باریطونی جریان خون میں جو خواہ کسی ماخذ سے بھی واقع ہوا ہو پائی جا سکتی ہے۔ اس کی کوئی زیادہ تشخیصی اہمیت نہیں۔

(ب) اگر نزف زیادہ شدید نہ ہو اور تیزی سے واقع ہونے کی بجائے آہستہ آہستہ واقع ہو رہا ہو تو خون کی ایک اختلاف پذیر مقدار حوض میں جمع ہو جائیگی، اور خون زیادہ تر ڈگلس کی جیب میں اور حاملہ نلی کے اردگرد مجتمع ہوگا۔ یہ وہ درجہ ہے جس میں انبوبی حمل کے مریضوں کی ایک کثیر تعداد عملیہ کے لئے آتی ہے، اور ایسے مریضوں میں وہ حالت بالعموم پائی جاتی ہے جو "انبوبی اسقاط" کے نام سے پہلے بیان کی جا چکی ہے۔ اس حالت میں انبوبی وحمہ یا تو نلی ہی میں محبوس ہو جاتا ہے اور یا مکمل یا جزوی طور پر شکمی دہنہ کے راستہ سے خارج ہو جاتا ہے۔

(ج) اگر ایسی حالت کو اسی طرح جاری رہنے دیا جائے تو التصاب یا فتہ خون چند ہی

246 ایام میں تحدیدی غشا سے جو لمف سے مرکب ہوتی ہے دویرہ بند ہو جاتا ہے، اور اس کے ساتھ اردگرد کے اعضا بذریعہ التئام چسپیدہ ہو جاتے ہیں۔ خون کا دویرہ بند اجتماع جو حوضی باریطونی کہفہ میں پایا جائے حوضی قیلہ دمویہ (pelvic hæmatocele) کہلاتا ہے (دیکھو حصہ ۹ صفحہ 220)۔

(د) درون باریطونی نزف کی انتشاری قسم۔ گاہے گاہے ایک ہی نزف اتنی تیزی اور افراط سے واقع ہوتا ہے کہ جراحی امداد کے حصول سے پیشتر ہی اس سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ بلیکر (Blacker) نے ایک واقعہ درج کیا ہے جس میں بیس منٹ میں موت واقع ہوگئی، اور ہمارے مجموعہ میں ایک نمونہ ایسی مریضہ سے حاصل کیا گیا تھا جو چند گھنٹوں میں مر گئی تھی۔ یہ ایسی حالت میں بھی اسی اندوہناک سرعت سے واقع ہو سکتا ہے جبکہ اس سے پیشتر کسی غیر طبعی حالت کے آئندہ وقوع کے متعلق شاذ شکمی درد کے حملوں کے علاوہ اور کوئی انتباہ موجود نہیں ہوتا۔ اس حالت میں نزف ہمیشہ درون باریطونی ہوتا ہے، اور یہ یا تو انبوبی انشقاق سے پیدا ہوتا ہے، اور یا انبوبی اسقاط سے۔ انتشاری نزف اکثر اوقات اس سے

کم شدید ہوتا ہے، اور کچھ عرصہ کے بعد خود بخود بند ہو جاتا ہے، اور اگرچہ اس سے مریضہ کی زندگی کو خطرہ ہوتا ہے لیکن یہ مہلک ثابت نہیں ہوتا۔ مگر یہ ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد یہ پھر شروع ہو جائے اور انجام کار مہلک ثابت ہو۔ نزف کا پہلا حملہ بغیر کسی محرک سبب کے بھی ہو سکتا ہے جبکہ مریضہ بستر میں آرام کر رہی ہو یا سوئی ہوئی بھی ہو۔ اکثر اوقات یہ معلوم ہوا ہے کہ کسی خفیف سی عضلی جہد سے پیدا ہوا ہے، جیسی کہ معمولی خانگی کام یا فعل تبرز کے لئے درکار ہوتی ہے۔

اس کی پہلی علامت عام طور پر شدید درد شکم ہوتی ہے جو دفعتہً شروع ہو جاتا ہے، اور ایک یا دونوں حرقفی حفروں میں محسوس ہوتا ہے۔ اس کے بعد اکثر جلد ہی قے شروع ہو جاتی ہے، اور بعض حالتوں میں دست بھی آنے لگتے ہیں۔ اس سے اکثر دل ڈوبنے لگتا ہے، اور بعض اوقات غشیان (syncope) سے مریضہ بالکل بیہوش ہو جاتی ہے۔ شدید نزف کے واقعات میں ان علامات پر خفی نزف کے علامات و امارات — شحوب، سریع اور کمزور نبض، گہرا اور مشقت طلب سانس (گرسنگی ہوا)، بےچینی، جوارح یا جسم کی تمام جلدی سطح کی برودت، پسینا، درجۂ تپش کی کمی — کا اضافہ ہو جاتا ہے۔ خفیف سا نزف رحم سے بھی بالعموم واقع ہوتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ داخلی نزف کے مشہور امارات صرف اسی وقت پائے جاتے ہیں جبکہ خون کی بہت بڑی مقدار دفعتہً ضائع ہو جائے۔ اگر خون کی اتنی ہی مقدار ایک ہی دفعہ ضائع ہونے کی بجائے دو یا تین دنوں میں بتدریج انصباب پائے تو اس سے جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ تقریباً اتنے شدید نہیں ہوتے۔ ایسی حالت میں شحوب اور رفتار نبض کی تیزی ہی ایسے امارات ہوتے ہیں جو مشاہدہ میں آ سکتے ہیں۔

اگر کہفۂ باریطون میں آزاد خون کی ایک بڑی مقدار موجود ہو تو اس کی شناخت عام طور پر قرع سے کی جا سکتی ہے۔ جب مریضہ لیٹ جاتی ہے تو یہ خون پہلوؤں میں چلا جاتا ہے، اور اس لئے یہ اصم ہو جاتے ہیں، اور جب مریضہ کی وضع کو تبدیل کیا جاتا ہے تو اصمیت کا یہ رقبہ اپنی جگہ آہستہ آہستہ بدل لیتا ہے۔

جب انتشاری انبوبی نزف، خواہ وہ شدید ہی کیوں نہ ہو، اتنی زیادہ مقدار میں واقع نہ ہو کہ اس سے زندگی کو خطرہ ہو تو اس کے علامات اس حالت کے علامات کے مشابہ ہوتے ہیں جو "باریطونیت" (peritonism) کے نام سے اکثر موسوم کی جاتی ہے، اور کسی قدر اختلاف کے ساتھ ایسی بہت سی حالتوں میں پائے جاتے ہیں جن میں سیال

دفعتہً کہفۂ باریطون میں نکل آتا ہے اور باریطون میں خراش پیدا کردیتا ہے۔ یہ علامات مندرجۂ ذیل ہیں:۔ شدید دردِ شکم جو اول اول ایک حرقفی خطہ تک ہی محدود ہوتا ہے مگر بعد میں جلد ہی عمومی ہوجاتا ہے، اور اس کے ساتھ کم و بیش شدید صدمہ بھی موجود ہوتا ہے۔ صدمہ اور شدید نزف کے علامات میں سب سے بڑا فرق یہ ہے کہ صدمہ میں بے چینی اور گرسنگی ہوا نہیں ہوتی۔ درد بعض اوقات کئی گھنٹوں تک موجود رہتا ہے۔ اور اس کے ساتھ تمددِ شکم بھی ہوتا ہے، اور قے بھی آتی ہے مگر یہ زیادہ عرصہ تک نہیں آتی۔ مریضہ کی حالت بتدریج بہتر ہوتی جاتی ہے، اور دو یا تین دن میں علامات بالعموم غائب ہوجاتے ہیں۔ مگر اس صورتِ حالات میں جریانِ خون کے مکرر واقع ہونے کا بہت خطرہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ ہی کم و بیش شدید درد کے حملے پھر عود کر آتے ہیں اور صدمہ کے چند علامات نمودار ہوجاتے ہیں۔ مریضہ کے بستر پر لیٹے رہنے کی حالت میں بھی نزف مکرر واقع ہوسکتا ہے، اور 247 یہ وہ خطرہ ہے جس کی توضیح مذکورہ سابقہ تشریحی امور سے کافی طور پر کی جاچکی ہے۔

ان حالتوں میں انبوبی حمل کی تشخیص بعض اوقات خاصی آسان ہوتی ہے۔ اگر خون بکثرت ضائع ہوچکا ہو تو داخلی نزف کا وقوع مذکورہ بالا امارات سے ظاہر ہوجائے گا۔ بے طمثیت کے ایک قلیل عرصہ کی حالیہ روئداد کی موجودگی، اور اس کے بعد خفیف سے رحمی نزف کا وقوع بے محل حمل کے امکان کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ حوضی امتحان پر عنق بعض اوقات نرم محسوس ہوتی ہے، اور ڈگلس کی جیب میں ایک نہایت ہی الیم اور نرم ورم معلوم ہوتا ہے جو سیال یا منجمد خون کے وہاں جمع ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں ایک جانبی ورم پایا جاتا ہے جو حاملہ نلی کو ظاہر کرتا ہے (شکل ۱۴۶)۔ مذکورہ بالا تمام سریری امور انبوبی حمل کی تشخیص کے لئے جس میں نزف داخلی بھی واقع ہوا ہو قوی دلائل ہیں۔

بخلاف اس کے بعض اوقات بے طمثیت کی کوئی سرگزشت موجود نہیں ہوتی، اور مہبلی امتحان پر ڈگلس کی جیب میں خون کے محسوس ہونے کے علاوہ اور کچھ معلوم نہیں کیا جاسکتا۔ یہ ایک ایسا امر ہے کہ اس کی طرف خاص توجہ دینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ تمدد اور حاد الیمیت کی وجہ سے شکم کا مفصل امتحان معدمِ حس کے استعمال کے بغیر غیر ممکن العمل ہو، لیکن ڈگلس کی جیب کا امتحان ہمیشہ کیا جاسکتا ہے، کیونکہ براستہ مہبل و معائے مستقیم اس تک بآسانی رسائی ہوسکتی ہے۔ عنق کے پیچھے کی فضا پر محسوس ہوتی ہے، اور ورم کی البتگی

امتیازی خصوصیت رکھتی ہے۔ اس کے حدود واضح نہیں ہوتے، اور جب انگلی سے اوپر کی طرف دبایا ڈالا جاتا ہے، تو یہ نرم اور گندھے ہوئے آٹے کی طرح محسوس ہوتا ہے۔ اور اگر ورم کو براستہ معائے مستقیم محسوس کیا جائے تو یہ بعض اوقات مقدم مستقیمی دیوار کی طرف ابھرا ہوا پایا جاتا ہے۔ یہ ورم دوبیرہ نہیں ہوسکتا کیونکہ اس کے حدود جس پذیر نہیں ہوتے، نیز یہ التہابی سیال بھی نہیں ہوسکتا کیونکہ اس میں تناؤ بالکل نہیں ہوتا، لہٰذا یہ صرف خون ہی ہوسکتا ہے۔ اگر اس امر پر عمومی سریری خصائص کے ساتھ غور کیا جائے تو یہ آزاد داخلی نزف کی تشخیص کے لئے جس کا نمایاں سبب بے محل حمل ہوتا ہے ایک قاطع دلیل ہے۔

انتشاری دروں باریطونی نزف کی تفریقی تشخیص اس باب میں دی گئی ہے جس میں حاد حوضی ضربات کا ذکر ہے (دیکھو صفحات 758 و 759)۔

(ب) انبوبی وحمہ۔ انبوبی وحمہ (tubal mole) کا تکون بالعموم دوسرے مہینہ میں عمل میں آتا ہے، اور شاذ مثالوں کے علاوہ اس کے ہمراہ نزف بھی پایا جاتا ہے جو منفتح شکمی دہنہ میں سے واقع ہوتا ہے۔ گاہے گاہے دہنہ بندش بھی ہوتا ہے، اور اس حالت میں کوئی خارجی انبوبی نزف واقع نہیں ہوتا۔ نزف کی مقدار تقریباً ہمیشہ متوسط ہوتی ہے، اگرچہ مکمل انبوبی اسقاط سے بعض اوقات "دروں باریطونی سیلاب" (intraperitoneal flooding) کی حالت بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس حالت کی بہترین مثالوں میں بے قاعدگی کی مشہور و معروف علامتیں، رحمی نزف، اور درد کے متوالی حملے پائے جاتے ہیں۔ مہبل کا امتحان کرنے پر جو طبیعی امارات پائے جاتے ہیں وہ ایک ایسے انتشاری حوضی ورم کے امارات ہوتے ہیں جس کی بستگی یکساں نہیں ہوتی اور جو جیسا کہ بالعموم شناخت کیا جاسکتا ہے، حوضی کہفہ کے ایک یا دوسرے جانبی نصف کو گھیرے ہوتا ہے۔ خفیف سا بے قاعدہ ارتفاع تپش بھی اکثر پایا جاتا ہے، اور شاید کچھ عدم دمویت بھی موجود ہوتی ہے جس کا انحصار قدرتاً داخلی نزف کی مقدار پر ہوتا ہے۔

اس قسم کی حالت میں جس کا ذکر ابھی کیا جاچکا ہے تشخیص کافی واضح ہوتی ہے۔ جب معروف علامات میں کوئی تغیر پایا جاتا ہے جیسا کہ اکثر ہوتا ہے تو التہابی عارضہ مثلاً التہاب انبوبہ (salpingitis) سے اس کی تفریقی تشخیص بغور کرنا چاہیئے، اور اس کا فیصلہ کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ زیر بحث حالت میں مریضہ کو چند ایام کے لئے زیر مشاہدہ رکھنا اور

بستر پر آرام کرانے میں کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ اگر علامات اور طبیعی امارات میں اصلاح جلد واقع ہوجائے تو انتہائی حالت کی تشخیص کی تائید ہوتی ہے۔ اگر مریضہ کی حالت میں کوئی 248
فرق نہ آئے اور یا یہ ابتر ہورہی ہو تو عملیہ میں مزید تاخیر نہ کرنا چاہئے۔

(ج) داخلی نزف کی دوبیرہ بند قسم۔ اس قسم میں نزف انتشاری قسم کی نسبت زیادہ آہستہ واقع ہوتا ہے، اور داخلی نزف کے امارات بالعموم غیر واضح ہوتے ہیں۔ تاہم کسی قدر شحوب اور سرعتِ نبض پہلے ہی سے موجود رہتی ہے، اور یوں جوں نزف میں ترقی ہوتی جاتی ہے یہ علامات زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ جو واضح علامات ہمیشہ پائے جاتے ہیں وہ درد، ارتفاعِ تپش، اور رحمی نزف ہیں۔ درد کے دورے عام طور پر جریانِ خون کے وقوع سے پہلے شروع ہوتے ہیں اور متوالی دوروں کی شدت میں اضافہ ہوتا جاتا ہے۔

درد کی ابتدا، جو اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، تقریباً ہمیشہ فوری ہوتی ہے، اور یہ بالعموم از خود شروع ہوجاتا ہے، گو بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عضلی جہد اس کی محرک ہے۔ یہ ہمیشہ شدید ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس کی شدت انتہا کو پہنچ جاتی ہے۔ پہلے یہ کسی ایک حرقفی خطہ میں شروع ہوتا ہے، اور پھر بہت جلد تمام شکم میں پھیل جاتا ہے، لیکن کبھی کبھی یہ پھر محدود المقام ہوجاتا ہے۔ اول اول اس کے ساتھ بعض اوقات قے بھی ہوتی ہے، اور صدمہ کے دیگر امارات بھی پائے جاتے ہیں، اور کبھی کبھی ضعف یا حقیقی غشیان بھی موجود ہوتا ہے۔ درد چند گھنٹے تک شدید رہنے کے بعد رفع ہوجاتا ہے، اور پھر یہ چند دن یا ایک ہفتہ کے اختلاف پذیر وقفوں پر عود کرتا ہے، حتیٰ کہ مریضہ پر کئی ایک حملے ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات پہلے حملہ کے بعد مسلسل درد شروع ہوجاتا ہے جس میں اشتدادات پائے جاتے ہیں۔

رحمی نزف درد کے پہلے حملہ سے بیشتر شاذ و نادر ہی شروع ہوتا ہے، اور مذکورہ سابقہ خواص سے مختص ہوتا ہے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ ایک ساقط غشاء بھی خارج ہوتا ہے جو یا تو قطعات کی شکل میں ہوتا ہے اور یا سالم۔

درد اور نزف کے چند ایام تک برقرار رہنے کے بعد درجۂ تپش میں ایک بے قاعدہ ارتفاع بالعموم واقع ہوجاتا ہے، جو کسی حد تک اس باریطونی ردعمل کا نتیجہ ہوتا ہے جو منصب خون کے اردگرد ظہور پذیر ہوتا ہے، اور اسے منفرد کر دیتا ہے، اور کسی حد تک

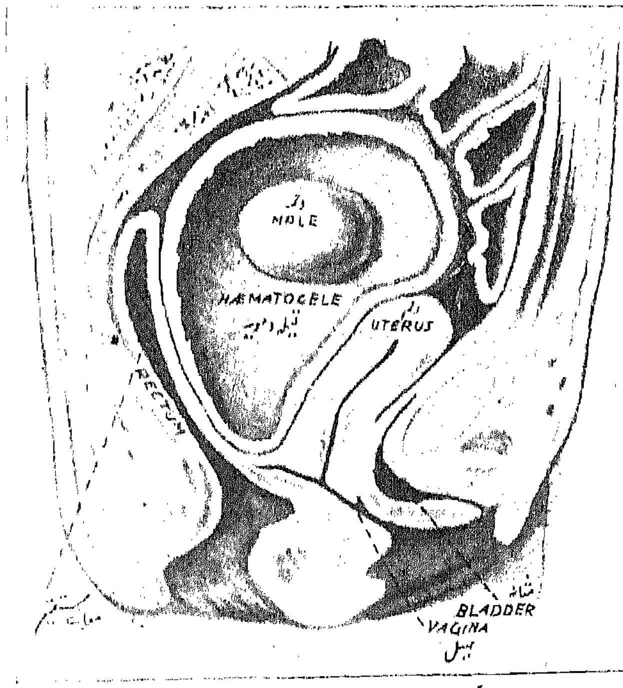
خون کے منصب حاصلات کے انجذاب سے پیدا ہوتا ہے۔ درجۂ تپش ۱۰۰ تا ۱۰۲ ف سے شاذ و نادر ہی متجاوز ہوتا ہے تاوقتیکہ قیلہ دمویہ میں سرائت نہ واقع ہو جائے۔ گاہے گاہے یہ بھی دیکھنے میں آیا ہے کہ غیر سرائت زدہ قیلہ دمویہ کی وجہ سے بھی درجۂ تپش ۱۰۴ یا ۱۰۵ ف تک بڑھ جاتا ہے۔

جو خون حاملہ نل سے آہستہ آہستہ بہتا ہے اس کا رجحان کہفۂ باریطون کے زیر ترین حصہ یعنی ڈگلس کی جیب میں جمع ہونے کی طرف ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۹، صفحہ 220)۔ بعض حالتوں میں غالباً جبکہ نزف بہت آہستہ ہوتا ہے منصب خون ڈگلس کی جیب تک بالکل نہیں پہنچتا۔ یہ انضمامی التہاب باریطون (adhesive peritonitis) کی وجہ سے فوراً دویرہ بند ہو جاتا ہے اور نزفی حصہ کے، جو بالعموم شکمی دہنہ اور بعض اوقات نل کے کسی دیگر حصہ کا چاک ہوتا ہے، تماس ہی میں رہ جاتا ہے۔ حوضی باریطونی کہفہ میں خون کا دویرہ بند اجتماع حوضی قیلہ دمویہ (pelvic hæmatocele) کہلاتا ہے۔ اور جب یہ شکمی دہنہ کے گرد بنتا ہے تو گرد انبوبی (peritubal) کے نام سے تمیز کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۵۴)، اور جب یہ نل کے قربی حصہ پر طیار ہوتا ہے تو نزد انبوبی (paratubal) کہلاتا ہے (ہینڈلے Handley؛ دیکھو شکل ۱۵۵)۔ خون کے ان دویرہ بند اجتماعات کے گرد لمف کی تہوں کے جمنے اور ان کے نیچے خون کے تھکے کی سطحی تہوں کے تعضیہ سے ایک کاذب کیسہ فوراً طیار ہو جاتا ہے۔ اس طرح ایک غشا بن جاتی ہے جو $\frac{1}{16}$ تا $\frac{1}{4}$ انچ موٹی ہوتی ہے۔ اُن نادر الوقوع مثالوں میں جن میں دروں رباطی انشقاق واقع ہوتا ہے، خون رباط عریض کی تہوں کے درمیان آہستہ آہستہ بہتا رہتا ہے، اور یہ حالت حوضی دموی سلعہ (pelvic hæmatoma) کے نام سے تمیز کی جاتی ہے۔

طبیعی امارات۔ جن علامات کا ابھی ذکر کیا جا چکا ہے ان سے حمل انبوبی معہ نزفیت داخلی کی بالعموم ایک احتمالی تشخیص کی جا سکتی ہے۔ جو طبیعی امارات پائے جاتے ہیں وہ زیادہ تر حوضی انصباب ہی کے ہوتے ہیں، اور انصباب کی نوعیت سریری روئداد 249
اور علامات سے معلوم کی جا سکتی ہے۔

کلاں حوضی قیلہ دمویہ ایک ورم کی شکل کا ہوتا ہے جو عانہ کے اوپر تک پھیلا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۶۸)۔ زیر معدی خطہ ذرا ابھرا ہوتا ہے، اور اسکو دبانے سے

کافی درد ہوتا ہے۔ جسّ کرنے سے ایک گنبد نما ورم شناخت کیا جا سکتا ہے جس کے حدود غیر واضح ہوتے ہیں، اور بستگی لچکدار ہوتی ہے۔ اس کا محل و توضع بالعموم وسطانی ہوتا ہے مگر ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ قرع کرنے پر آواز نیم رنّان ہوتی ہے۔ ورم کی جو سطح زیر معدہ میں محسوس کی جاتی ہے وہ قیلہ دمویہ کی چھت کی متناظر ہوتی ہے جو ترب اور امعاء کی گنڈلیوں کے آپس میں، اور



شکل ۱۶۸۔ حوضی قیلہ دمویہ کی وسطانی سہمی تراش دکھائی گئی ہے۔ اس تراش سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قیلہ دمویہ سے ڈگلس کی جیب متمدد ہو گئی ہے، اور رحم آگے کی طرف کو دھکیلا گیا ہے۔ قیلہ دمویہ کی بائیں دیوار کے ساتھ ایک انبوبی وحمہ چسپیدہ ہے۔

نیچے کے منصب خون کے تودہ کے ساتھ منضم ہونے سے طیار ہوتی ہے۔

امتحانِ مہبل سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ تمام رحم بشمولیت عنق آگے کی طرف کو ٹل گیا ہے اور دیگر ارتفاقِ عانہ کی پچھلی طرف سے جا ملا ہے (دیکھو شکل ۱۶۸)۔ رحم کا لبول اس کے طبعی لبول سے تمام طور پر نیچا ہوتا ہے، اور گا ہے گا ہے یہ ایک نہ ایک طرف کسیقدر ٹلا ہوا ہوتا ہے۔ فمِ خارجی سے کے

لبوں میں نرمی شناخت کی جاسکتی ہے، اور جسم رحم کسی قدر کلانی یافتہ ہوتا ہے۔ حوض کا
بقیہ حصہ الضباب سے پُر ہوتا ہے جو رحم کو اس کے طبعی محل سے ہٹا دیتا ہے۔ بعض اوقات
یہ ڈگلس کی جیب کے فرشش کو منخفض کر دیتا ہے جس سے مؤخر فنبوہ باہر کی طرف کو ابھر آتا
ہے۔ بستگی کے لحاظ سے ورم عموماً لچکدار ہوتا ہے، اور اس کے بعض حصے گندھے ہوئے آٹے
کی طرح محسوس ہوتے ہیں۔ برعکس اس کے ایسے رقبہ جات کا جس بھی کیا جاسکتا ہے جو
محکم اور ٹھوس ہوتے ہیں۔ یہ اختلافات خون کے غیر مکمل یا بے قاعدہ طور پر مروّب
ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں، اور یہ حوضی قیلہ دمویہ کا ایک ممیز تشخیصی خاصہ ہیں۔
یہ حوضی تودہ اس تودہ سے جو عانہ کے اوپر محسوس ہوتا ہے مسلسل ہوتا ہے۔ مستقیمی امتحان 250
پر بعض اوقات یہ ظاہر ہوتا ہے کہ عجزی القفار بھی اس تودہ سے پُر ہے (شکل ۱۶۸)
اور معا اِس سے مضغوط ہے۔ رحمی عجزی شکنوں میں عام طور پر دبازت بھی محسوس
کی جاسکتی ہے جو ان کی سطحوں پر غالباً ترویب کے واقع ہونے سے پیدا ہوتی ہے۔
حوضی قیلہ دمویہ کی تفریقی تشخیص کا بیان ایک آئندہ باب میں دیا گیا ہے
جس میں دروں حوضی اورام کی تشخیص پر بحث کی گئی ہے (دیکھو صفحات 775 و 776)۔

۴۔ ثانوی شکمی حمل۔ اس حالت کی شناخت کرنے میں معتدبہ دقت پیش
آتی ہے، اور مندرجہ واقعات کی ایک بڑی اکثریت میں تشخیص اس وقت تک نہیں کیجا سکتی
جب تک کہ جنین کی موت کے بعد حملی ناجیہ سرائت کے واقع ہونے یا سکڑنے سے متغیر نہیں
ہوگیا۔ حمل کی روئداد میں غیر طبعی خصائص پائے جاتے ہیں، مثلاً درد شکم کے حملے جو حمل
کے ابتدائی مہینوں میں ہوتے ہیں اور جن کے ساتھ عام طور پر نزف بھی واقع ہوتا ہے۔
جب کبھی بیضہ انبوبی انشقاق کے بعد زندہ رہتا ہے تو داخلی نزف کی مقدار بظاہر اتنی
زیادہ نہیں ہوتی، اور اس حالت میں جو علامات موجود ہوتے ہیں وہ مذکورہ بالا علامات
کی نسبت زیادہ ضروری التوجہ نہیں ہوتے۔ ترقی یافتہ حمل میں امتحانِ شکم پر جو مقامی
حالتیں پائی جاتی ہیں وہ بعض اوقات طبعی حمل کے علامات سے قریبی مشابہت رکھتی ہیں
اور جنین کے جسم اور اس کے احضاری حصہ کی وضع میں کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی۔
سب سے زیادہ نمایاں فرق عنق کی حالت میں پایا جاتا ہے، اور وہ یہ ہے کہ
ترقی یافتہ طبعی حمل میں انتہائی درجہ کی نرمی پائی جاتی ہے جو ایک بالکل امتیازی حیثیت

رکھتی ہے، اور اگر خارج الرحم حمل کی حالت میں کوئی نرمی محسوس ہوتی ہو تو وہ بہت خفیف ہوتی ہے۔ بہرحال معدوم حس کے زیر اثر باحتیاط امتحان کرنے سے یہ ظاہر ہو جائے گا کہ رحم صغیر الجسم ہے اور حملی ناچہ نے اُسے اپنے محل سے کسی قدر ہٹا دیا ہے، نیز مجسّہ (sound) کے استعمال سے یہ ظاہر ہو جائیگا کہ کہفۂ رحم صرف خفیف سا کلائی یافتہ ہے اور خالی ہے۔ دروں رباطی قسم کی دروں یا ریطونی قسم سے تفریقی تشخیص کرنے میں اس سے بھی زیادہ دقت پیش آتی ہے۔ مؤخر الذکر میں جنین بالعموم حوض کی گگر کے اوپر پڑا ہوتا ہے، اور ہر طرف حرکت پذیر ہوتا ہے، اور قبل الذکر میں سر خلاف معمول حوض میں نیچے اتر آتا ہے اور اسکی ایک طرف پایا جاتا ہے، اور جنین کی حرکت پذیری بعض اوقات محدود ہوتی ہے۔ بہرکیف ان امور پر پورا پورا اعتماد نہیں کیا جاسکتا۔

جنین میعادِ حمل کے پورا ہونے سے پیشتر ہی اکثر ہلاک ہو جاتا ہے، لیکن بعض اوقات یہ میعاد کے ختم ہونے کے بعد تک بھی زندہ رہتا ہے۔ درد کا ایک ایسا معین سلسلہ جسے "ولادتِ کاذب" کہا جاسکے تمام حالتوں میں نہیں ہوتا، مگر جب یہ ہوتا ہے تو جنین بھی عام طور پر اسی کے ساتھ ہی ہلاک ہو جاتا ہے۔ اس واقعہ کے بعد کلاتی شکم سیال کے انجذاب کی وجہ سے بتدریج کم ہوتی جاتی ہے بخلاف اسکے شکم بعض اوقات یا تو حملی ناچہ میں نزف کے واقع ہونے سے یا امعاء سے ناچہ کے سرائت زدہ ہو جانے سے تیزی کے ساتھ بڑھنے لگتا ہے۔ سرائت کا ارتفاع تپش کی موجودگی سے عام طور پر نزف سے تمیز کی جاسکتی ہے۔

ثانوی شکمی حمل کی پرانی حالتوں کی جن میں جنین ہلاک ہونے کے بعد عرصہ دراز تک محسوس رہا ہو سریریاتی تشخیص تقریباً غیر ممکن ہوتی ہے۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ اس حالت میں منضم امعاء سے سرائت کے واقع ہونے کے خلاف ایک غیر معمولی مزاحمت موجود ہوتی ہے۔ اگرچہ حملی ناچہ میں مردہ مادہ کے بڑے بڑے تودے موجود ہوتے ہیں اور یہ میاوی سرائت کے متصل واقع ہوتا ہے، لیکن ان حالات کے باوجود اس میں خشکی تنکرین (مومیت :mummification) پیدا ہو جاتی ہے، اور بعد میں جونے کے املاح کا ترسیب (encrustation) شروع ہو جاتا ہے، اور مریضہ کو بظاہر کوئی تکلیف محسوس نہیں ہوتی اور اتنے بڑے جسمِ غریب کی موجودگی بغیر کسی قسم کی ظاہری زحمت کے کئی سالوں تک برداشت 251
کی جاسکتی ہے۔ ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) کے مشاہدہ میں ایک ایسی حالت آچکی ہے

جس میں ایک مجرد عورت میں ایک عظیم الجسامت شکمی سلعہ موجود تھا جس کی سریری روئداد اٹھارہ سال سے زیادہ عرصہ سے چل آرہی تھی، اور جس کی نوعیت مبیضی تصور کی جاتی تھی۔ عملیہ کرنے پر یہ کامل المدت ثانوی شکمی حمل ثابت ہوا۔ اس حالت میں جنین میں عدیم العفونت اماعت واقع ہو چکی تھی، اور تاجیہ میں زرد سولیقی مادہ کی ایک بڑی مقدار اور ہڈیاں موجود تھیں جن سے اصل صورت حالات معلوم ہوتی تھی۔ متحجر جنین (lithopædion) سے کے ایسی عورتوں کے جسم میں پائے جانے کی کئی ایک مثالیں درج کی جا چکی ہیں جن میں موت بڑھاپے میں کسی ایسے مرض سے واقع ہوئی جسے اس کے ساتھ کوئی تعلق نہ تھا۔ جیسا کہ کیوخن میسٹر (Kuchenmeister) نے ایک عورت کا واقعہ درج کیا ہے جو ستاسی سال کی عمر میں فوت ہوئی، اور جس کے جسم میں ایک متحجر جنین پایا گیا جس کے متعلق یہ اندازہ کیا گیا کہ یہ ستاون سال سے یہاں محبوس تھا۔ بعض حالتوں میں اس سے تسددِ معوی بھی پیدا ہو چکا ہے اور یہ اس طرح موت کا بلا واسطہ سبب ثابت ہوا ہے۔

خارج الرحم حمل کا علاج

اس موضوع پر ان مختلف سریری حالتوں کے لحاظ ہی سے بحث کی جا سکتی ہے جن کا ذکر ابھی اوپر کیا جا چکا ہے۔

ا۔ غیر منشق خارج الرحم حمل۔ اس حالت میں حاملہ نلی یا حامل مبیض کو شکم میں شگاف دے کر بلا توقف دور کر دینا چاہیئے۔ چونکہ داخلی نزف کے واقع ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے جس سے زندگی کو سخت خطرہ ہوتا ہے، اس لئے یہ ضروری ہے کہ تمام واقعات میں بہ تحریزی عملیہ سر انجام دیا جائے۔ اس عملیہ کا ذکر صفحہ 825 پر کیا گیا ہے۔ انبوبی حمل کی حالت میں ثنائے طرف مبیض قاعدۃً تندرست ہوتا ہے اور اسے دور نہ کرنا چاہیئے۔ حاملہ نلی کا استیصال اس طرح کیا جا سکتا ہے کہ مساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) کو دو یا تین بندوں سے باندھ کر اس مقام کے قریب سے کاٹ دیا جائے جس پر یہ رحم سے چسپیدہ ہوتی ہے (انبوبہ برآری salpingectomy:)۔ یہ طریقۂ عمل آسان ہے اور اس لئے انذار موافق ہوتا ہے۔ لیکن حال میں یہ سوال اٹھایا گیا ہے کہ آیا غیر منشق انبوبی حمل یا انبوبی وحمہ کی حالتوں کا تدارک کرنے میں تمام مواقع پر نلی کا استیصال جائز بھی ہے، اور یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ انبوبہ شگافی (salpingotomy) مع انقافِ حمل کو انبوبہ برآری کے بدل کے طور پر اختیار کیا جائے

(بلیئر بیل اور وائٹ ہوس وغیرہ[لے])۔ اِس قسم کے طریقۂ عمل پر ایک بڑا اعتراض یہ ہے کہ ایسی نلی کے بھی چھوڑے جانے کا امکان ہے جس میں کوئی ایسا ضرر موجود ہو جس سے بعد میں اسی قسم کا حادثہ ممکن الوقوع ہو۔ ایسا لازمی طور پر نہیں ہوتا، جیسا کہ ہمیں ایک تجربہ سے ثابت ہؤا جس میں ایک ایسی مریضہ کو طبعی دررحمی استقرارِ حمل ہؤا جس میں صرف ایک ہی خلوی نلی تھی، اور اسی نلی پر وحمی حمل کے لئے انبوبہ تشکافی کا عملیہ پہلے انجام دیا جا چکا تھا۔ ہماری رائے یہ ہے کہ ہر حالت کے متعلق اُس کے اپنے حسن و قبح کے لحاظ سے فیصلہ کیا جائے اور جب نلی میں فسادِ تعضیہ بڑی حد تک واقع ہو چکا ہو، اور یا اس سے مزید تکلیف کے پیدا ہونے کا احتمال ہو تو اسے باقی رکھ کر حادثہ کے آئندہ وقوع کا سامان پیدا کرنے کی بجائے اسے نکال دینا ہی زیادہ بہتر ہوتا ہے۔

۲۔ انتشاری نزف۔ اس حالت میں بھی عملیہ ہمیشہ ضروری ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریضہ کی حالت جراحی مداخلت کے قابل نہ ہو مثلاً اُس صورت میں جبکہ مریضہ مفرط دروں باریطونی سیلاب کی وجہ سے قریب الموت ہو۔ عملیہ کے شروع کرنے میں کسی قسم کی غیر ضروری تاخیر جائز نہیں، لیکن اِس کی سرانجام دہی کے مکمل طور پر طیاری کرنے کے لئے وقت بالعموم مل جاتا ہے، کیونکہ نزف خون کی بہت سی مقدار کے بسرعت ضائع ہونے کے بعد خود بخود بند ہو جاتا ہے، اور مریضہ کی عمومی حالت جلد ہی بتدریج بہتر ہونا شروع ہو جاتی ہے۔ لیکن اگر مریضہ کی حالت رو باصلاح ہونے کی بجائے ابتر ہو رہی ہو تو تھوڑی سی تاخیر بھی مہلک ثابت ہو سکتی ہے۔ اس حالت میں یہ ضروری ہوتا ہے کہ شکم کو فوراً کھولکر اُن عروق کو باندھ دیا جائے جن سے کہ خون بہ رہا ہے۔ عملیہ کے دوران میں جب کہ ان تمام مقامات کو محفوظ کر لیا جائے جن سے کہ خون بہ رہا ہو وسطی باسلیق
ورید (median basilic vein) میں گوند یا نمک کے محلول کا اصفاق (transfusion) 252
کرنا چاہئے۔ اس سے عملیہ کے کامیاب ہونے میں مدد ملتی ہے۔ جب مریضہ معدمِ حس کے زیر اثر ہو تو کام میں عجلت ضروری ہوتی ہے، اور استثنائی حالتوں میں معدمِ حس استعمال کو حذف بھی کیا جا سکتا ہے۔ شوکی دافع درد (spinal analgesic) کا ہرگز استعمال

لے Journ. Obstet. and Gynæc., Brit. Emp., Vol. 29, No. 1, 1922.

نہ کرنا چاہیئے۔ ساقچہ کو حتی الامکان نہایت سادہ اور آسان طریقہ سے بہت جلد قابو میں لے آنا چاہیئے، اور جتنا منصب خون دور کیا جا سکے دور کر دینا چاہیئے، لیکن باریطون کی مکمل شست وشو میں زیادہ وقت نہ صرف کرنا چاہیئے اگر ضرورت ہو تو عملیہ کے ختم ہونے کے بعد جس وقت ممکن ہو سکے ایک یا دو پائنٹ خون کا اصفاق کر دینا چاہیئے۔ مریضہ کے شکم سے خون لیکر اور اس میں سٹریٹ (citrate) ملا کر محلول نمک کے ہمراہ ورید میں ذاتی تنقیع (auto-infusion) کرنے سے اچھے نتائج پیدا ہوتے ہیں[1]۔

۳۔ دویرہ بند نزف۔ نزف کی انتشاری قسم کی طرح اس میں فوری عملیہ کی ضرورت نہیں، لیکن تمام مریضوں کا جراحی علاج کرنا چاہیئے۔ آئندہ نزف کے امکان کو خارج از قیاس تصور نہیں کیا جا سکتا، اور خون کے ایک بڑے اجتماع کو حوض میں چھوڑ دینے سے جو خطرات پیدا ہوتے ہیں وہ جراحی مداخلت کے خطرات سے غالباً زیادہ ہیں۔

حوضی قیلہ دمویہ تک شکم کی طرف سے یا مہبل کی طرف سے بذریعہ مؤخر مہبل شگافی (posterior colpotomy) رسائی کی جا سکتی ہے قبل الذکر سے یہ آسانی ہوتی ہے کہ ضرر رسیدہ نلی مکمل طور پر منکشف ہو جاتی ہے اور دور کی جا سکتی ہے، اور کہفۂ باریطون کو مناسب طور پر صاف کیا جا سکتا ہے، اور رحم کو بلا مسیلیت بند بھی کیا جا سکتا ہے۔ جب مہبلی عملیہ اختیار کیا جاتا ہے تو قیلہ دمویہ کو محض خالی کر دینے کے بعد اس کی مسیلیت کر دی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 860)۔ یہ تخلیہ لازمی طور پر غیر مکمل رہتا ہے کیونکہ مروّب خون کی مسیلیت بآسانی نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ کہفہ کے مکمل طور پر بند ہونے میں کئی ہفتے لگ جائیں۔ سرائت زدہ قیلہ دمویہ میں ابتدائی مہبلی مسیلیت عمل میں لائی جا سکتی ہے، اور اس کے بعد سرائت فرو ہونے پر شکمی عملیہ کیا جا سکتا ہے۔

۴۔ ثانوی شکمی حمل۔ یہ حالت خواہ دروں رباطی ہو یا دروں باریطونی، اس کا علاج محض عملیتی تدابیر سے کیا جا سکتا ہے۔ ان دونوں قسموں کو تمیز کرنے میں جو دقت پیش آتی ہے اس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے، اور اسی دقّت کی وجہ سے، علاج کے مختلف

---

[1] Hendy, *Amer. Jour. Obst. and Gyn.*, vol. X, "A Clinical Analysis of Ectopic Gestation," 1925.

طریقوں کا استعمال نہیں کیا جا سکتا۔ مندرجۂ ذیل حالتوں میں عملیہ سرانجام دیا جا سکتا ہے :۔
(ا) جب جنین زندہ اور قابل حیات (viable) ہو، اور (ب) جب جنین کو ہلاک ہوئے کچھ عرصہ ہو چکا ہو۔

ایسے واقعات شاذ و نادر ہی مشاہدہ میں آتے ہیں جن میں بچہ ابھی زندہ ہو، اور مندرجہ واقعات کی تعداد مقابلتہً کم ہے۔ ایسی حالتوں میں مناسب طرزِ عمل یہی ہے کہ بچہ اور زچہ کی زندگی بچانے کے لئے فی الفور عملیہ سرانجام دیا جائے، اور اس امر کو نظر انداز نہ کرنا چاہئے کہ بچہ میں تشریحی نقائص کے موجود ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔ اس طرزِ عمل پر ایک بہت بڑا اعتراض یہ ہے کہ دورانِ عملیہ میں ایسے کارپرداز مشیمہ کی موجودگی سے جس کا مادری دورانِ خون فعّال ہو بعض اوقات نہایت سخت فنی مشکل پیدا ہو جاتی ہے۔ مشیمہ کے علیحدہ کرنے پر شدید ترین قسم کا نزف واقع ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کا قابو میں لانا بہت مشکل ہو۔ بہرکیف یہ امر حیرت انگیز ہے کہ بعض اوقات بہت ہی کم دقت پیش آتی ہے، اور حصوں کے تشریحی تعلقات سے جو مختلف حالتوں میں مختلف ہوتے ہیں اس امر کی توجیہ ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات جیسا کہ انبوبی شکمی واقعات میں ہوتا ہے مشیمہ زیادہ تر رباطِ عریض اور رحم سے چسپیدہ ہوتا ہے، اور اس لئے جن بڑے بڑے عروق سے اس کو رسد پہنچتی ہے وہ رحمی اور طبیعی شریانیں ہوتی ہیں۔
263 لہٰذا مشیمہ کو علیحدہ کرنے سے پیشتر ان عروق کو قابو میں لانے کی کوشش کرنا چاہئے۔ طبیعی شریان کو حوض کی کگر پر جہاں یہ حالب کو عبور کرتی ہے قابو میں لایا جا سکتا ہے، اور اگر ایسا کرنے میں مشکل پیش آئے تو اعور اور قولون کو الٹ کر اس عرق کو زیادہ او نیچے لبول پر باندھا جا سکتا ہے۔ زیادہ تر رسدِ خون طبیعی عروق ہی سے پہنچتی ہے۔ مشکل صورتوں میں ماؤف جانب کی رحمی شریان تک پہنچنے کے لئے رحم کو دور کیا جا سکتا ہے، اور اس کام کے لئے رحم برآری کا مستعرض طریقہ اختیار کیا جاتا ہے، اور اس کی ابتدا تندرست جانب سے کی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 804)۔ ان عروق پر قابو حاصل کرنے کے بعد مشیمہ کو زیادہ خطرے کے بغیر اتارا جا سکتا ہے۔ اگر ممکن ہو تو تمام تاجیہ کو معہ مشیمہ دور کر دینا چاہئے۔ میلیت بالعموم ضروری ہوتی ہے، اور اس کے لئے جھلی راستہ کو ترجیح دی جاتی ہے۔

بعض حالتوں میں مشیمہ کی چسپیدگیاں زیادہ وسیع ہوتی ہیں، اور امعا کی گنڈلیاں اور ماساریقا کے رقبے ان میں شامل ہوتے ہیں۔ ایسی صورتوں میں کثیر التعداد شریانوں کو باندھ کر

قابو میں لانا بغیر ممکن ہوتا ہے۔ لہٰذا یہ ضروری ہوتا ہے کہ مشیمہ کو بہت جلد اتار دیا جائے، اور جن نزفی نقاط کو منفرد کیا جاسکتا ہو اُن کو چمٹوں سے قابو میں لے آنا چاہیئے اور بقیہ نقاط سے خون بند کرنے کے لئے سادہ یا بسمتھ آمیختہ گاز کے اصمام (plugging) پر اعتماد کرنا چاہیئے۔ بعض اوقات یہ بھی ضروری ہوتا ہے کہ نزفی نقاط کو چمٹوں سے پکڑ لیا جائے اور چوبیس گھنٹہ تک ان کو وہیں چھوڑ دیا جائے۔ ایسے مریضوں کا علاج مابعد ہمیشہ تشویشناک ہوتا ہے۔ چوبیس گھنٹہ تک کسی چیز کو نہیں چھوا جاتا، اور اس کے بعد اصامم گاز کے بیرونی حصہ کو ڈھیلا کر دیا جاتا ہے، اور چمٹوں کو آہستہ سے کھولکر باحتیاط باہر کھینچ لیا جاتا ہے۔ گاز کا تھوڑا سا حصہ ہر روز نکال دیا جاتا ہے حتیٰ کہ پانچویں دن تمام گاز دور ہو جاتی ہے۔ صمامات (plugs) کو نمک کے عقیم محلول یا کسی روغنی وسیط، مثلاً لیکوئڈ پیرافن (liquid paraffin) اور ایکری فلیوین (acriflavine) سے تر کر لینا چاہیئے تاکہ ان کو باہر نکالنے میں آسانی ہو۔ یہ عمل بہت دردخیز ہوتا ہے اور اس کے لئے عموماً معدم حس کی ضرورت ہوتی ہے۔

حملی ناچہ کے کھولنے کے لئے ہر ایک قسم میں یہ ممکن العمل ہوتا ہے کہ شگاف ایسے حصّہ پر دیا جائے جو جدران شکم سے بہت اچھی طرح سے منضم ہو۔ اس طرح تمام عملیہ بیرون باریطونی طور پر سرانجام دیا جاسکتا ہے۔ اس مقصد کے لئے شگاف خط ابیض (linea alba) کی بجائے خط ہلالی (linea semilunaris) پر دیا جاسکتا ہے۔ بچہ کو باہر نکالنے اور حبل کو کاٹنے کے بعد اغشیہ کو ناچہ کی دیوار سے اتار لیا جاتا ہے، اور مشیمہ کے حدود واضح کر لئے جاتے ہیں۔

تعال مشیمہ کا تدارک کرنے میں جو دقتیں پیش آتی ہیں ان کی وجہ سے زمانۂ سابق میں بہت سے جراح عملیہ کو اُس وقت تک ملتوی رکھتے تھے جب تک کہ جنین کی موت واقع نہ ہو جاتی، اور قدرتی انجام کا انتظار کرنے کی بجائے جنین کو ہلاک کرنے کے طریقے پیش کئے جاتے تھے۔ ایسا اس خیال سے کیا جاتا تھا کہ جنین کی موت کے بعد مشیمی اجواف میں فوراً علقیت پیدا ہو جائے گی، جس سے مشیمہ کسی خوفناک نزف کے واقع ہونے کے بغیر اتارا جاسکے گا۔ مگر تجربہ سے یہ ظاہر ہو چکا ہے کہ علقیت کے واقع ہونے کے لئے جو وقت درکار ہوتا ہے وہ اختلاف پذیر اور غیر متعین ہے۔ اس قسم کے واقعات بھی درج کئے جا چکے ہیں جن میں اُن عملیوں کے دوران میں بھی جو جنین کی مفروضہ موت کے کئی مہینے بعد کئے گئے تھے مشیمہ کے علیٰحدہ کرنے پر مفرط نزف واقع ہوا۔ انتظار کرنے میں ایک اور خطرہ یہ بھی ہے کہ ممکن ہے کہ

ناچہ نزف کی وجہ سے خود بخود منشق ہو جائے۔ اور یہ بھی اغلب ہے کہ یہ امعاء کے عضویوں سے سرائت زدہ ہو جائے۔ لہٰذا ہر نقطۂ نظر سے یہ بہتر ہے کہ عملیہ فوراً کیا جائے خواہ بچہ مردہ ہو یا زندہ۔

یہ مشورہ بھی دیا جا چکا ہے کہ جب نزف کو قابو میں لانا مشکل ہو تو مشیمہ کو علیٰ محلہٖ چھوڑ دینا چاہیئے، اور ناچہ کے کناروں کو زخم شکم کی جلد سے ٹانک کر ناچہ کو کیسہ
254 (marsupialised) بنا دیا جائے۔ چند دنوں کے بعد مشیمہ کو، جس میں شائد علقیت پیدا ہو گئی ہو گی، چمٹے اور قینچی سے ٹکڑے ٹکڑے کر کے دور کیا جا سکتا ہے۔ مشیمہ کی سرائت بلاشبہ ناگزیر ہوتی ہے، اور عفونت کی وجہ سے ثانوی نزف کے پیدا ہونے کا شدید خطرہ ہوتا ہے جس سے اس طریقہ کے فوائد قریبہ پر نہایت خراب اثر پڑتا ہے۔

اس کے علاوہ مشیمہ کے تدارک کا ایک اور طریقہ بھی ہے جس کے استعمال کی سفارش کی گئی ہے۔ اور وہ یہ ہے کہ اس کو چھوا ہی نہ جائے، اور حبل سُرّی کو مشیمہ کی سطح کے برابر سے باندھ کر کاٹ دیا جائے اور ناچہ کو اس کے اوپر ملا کر ٹانکے لگا دیئے جائیں، اور شکم کو بلا مسیلیت بند کر دیا جائے اور مشیمہ کو جذب ہونے کے لئے چھوڑ دیا جائے۔ اس امر کا ثبوت کہ مشیمہ اس طرح جذب ہو جاتا ہے یہ ہے کہ جنینِ متحجر کے واقعات میں یہ مکمل طور پر غائب ہو جاتا ہے۔ اگر یہ طریقہ اختیار کیا جائے تو یہ ضروری ہے کہ مشیمہ کو علیحدہ کرنے کے لئے ابتداً کوئی کوشش نہ کی جائے بلکہ اس کو چھیڑنے کے بغیر معہ انضمامات اسی طرح چھوڑ دیا جائے۔ مشیمہ کے سرائت زدہ ہونے کے خطرات، اُن عضویوں سے جو امعاء سے اس میں داخل ہو سکتے ہیں، ناگزیر ہیں، مگر مریضوں کی ایک قلیل تعداد کا علاج اس طریقہ سے کامیابی کے ساتھ کیا جا چکا ہے۔

یہ ظاہر ہے کہ جراح کو سب سے زیادہ خیال زچہ کو بچانے کا ہونا چاہیئے کیونکہ جیسا کہ ہم پہلے بیان کر چکے ہیں، اگر جنین ان خطرات کے باوجود زندہ رہے جو اُن حالات کا جزو لاینفک ہیں جن کے تحت یہ نشو و نما پاتا ہے اور میعاد تک پہنچتا ہے، تو بھی اس کا نمو اور اس کی حیویت شاذ و نادر ہی طبعی ہوتی ہے۔ ایسے جنینوں میں تشوہات غیر معمولی طور پر بکثرت پائے جاتے ہیں۔ اُن ۱۰۰ واقعات میں سے جو گارڈن لی (Gordon Ley) نے جمع کئے ہیں تقریباً ۵۰ فیصدی میں تشوہات موجود تھے۔ جو بچے زندہ پیدا ہوئے ہوں ان کی شرح اموات ابتدائی حصۂ عمر میں غیر معمولی طور پر زیادہ ہوتی ہے۔ سٹنر (Sittner) نے

جو ۱۱۲ مثالیں جمع کی ہیں ان میں سے ۹۵ پہلے چار ہفتوں میں اور ۱۰۴ پہلے سال کے ختم ہونے سے پیشتر مر گئے۔ اس طرح زندگی کے پہلے سال میں شرح اموات تقریباً ۹۰ فیصدی رہی۔

حصّہ دوم۔ باب سوم

زنانہ اعضائے حوض کی سرائتیں 255

نسائی تناسلی بولی خطہ کے خرد عضویات

نسائی تناسلی خطہ میں عضویوں کی بہت سی قسمیں پائی جاتی ہیں، اور بولی اعضا میں یہ اتنی کثرت سے نہیں پائے جاتے۔ بہت سے ایسے عضویئے ہیں جو اعضائے تناسل میں تو پائے جاتے ہیں مگر بولی خطہ میں نہیں پائے جاتے۔

بچہ کی مہبلی نباتات۔ زندگی کے پہلے چوبیس گھنٹہ تک مہبل عقیم رہتی ہے، لیکن تیسرے دن اس میں ہمیشہ خرد عضویئے پائے جاتے ہیں، جو ریم زا نبقات عنقیہ ابیض و ذہبی (staphylococcus pyogenes albus and aureus)، نبقات سبحیہ (streptococci) اور ڈفتھیریا نما (diphtheroid)، اور جفاف (xerosis) اور ہافمین (Hoffmann) کی قسموں کے عصیات پر مشتمل ہوتے ہیں۔ جرثومی تلوث کے وقوع سے پہلے مہبلی افراز شیر خوار بچوں میں ترشئی ہوتا ہے (میکس ویل :Maxwell)۔ بچہ کی زندگی کے دوسرے دن مہبل میں عضویوں کی تعداد بڑھنا شروع ہو جاتی ہے، اور مذکورہ عضویوں کے علاوہ شمڈگل (Schmidgall) نے زندگی کے پہلے سال میں عمومی قولونی عصیہ (bacillus coli communis) اور مہبلی عصیہ (vaginal bacillus) (شکل ۱۶۹) بھی دریافت کیا ہے۔ فاضل مذکور کا یہ خیال ہے کہ نوزائیدہ کے مہبلی افراز کے خواص مادری مہبلی نباتات سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ اور اس کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ سفلی احضارا ست

(breech presentations) کی حالتوں میں دورانِ ولادت میں زنانہ جنین کے اعضائے تناسل کے سرائت زدہ ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ زیادہ عمر کے بچوں میں جو جراثیم مہبلی افراز میں موجود ہوتے ہیں ان میں زیادہ تر معوی جراثیم ہوتے ہیں۔ بیرنگٹن وارڈ (Barrington-Ward) نے حال ہی میں اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ بچوں کے تناسلی خطہ میں ریوی نبقہ (pneumococcus) بہت کم پایا جاتا ہے۔ اس سے نیبیرو (Nabarro) کے اس خیال کی توثیق ہوتی ہے کہ ممکن ہے کہ پہلے قصیر زنجیر نبقات سبحیہ اور دو نبقیوں (diplococci) کو غلطی سے ریوی نبقات (pneumococci) سمجھ لیا گیا ہو۔ کم عمر بچوں کی مہبلوں میں عضویوں کے ہمیشہ پائے جانے سے اس امر کی تردید ہو جاتی ہے کہ اس عمر میں کوئی قدرتی مہبلی دافع عفونت فعل موجود ہوتا ہے۔

بالغ مہبل کی نبات۔ ۱۸۹۲ء میں ڈوڈرلین (Döderlein) نے ۱۹۵ حاملہ عورتوں کے افرازِ مہبل کے امتحان سے حاصل شدہ نتائج شائع کئے۔ اس نے ان افرازات کو بمجردِ نظر مشاہدہ کرنے سے (ا) طبعی، (ب) امراضیاتی یا غیر طبعی اقسام میں تقسیم کیا۔ اور انکے جراثومیاتی امتحان سے یہ ظاہر ہوا کہ دونوں حالتوں میں یہ نبات بالکل مختلف ہے۔

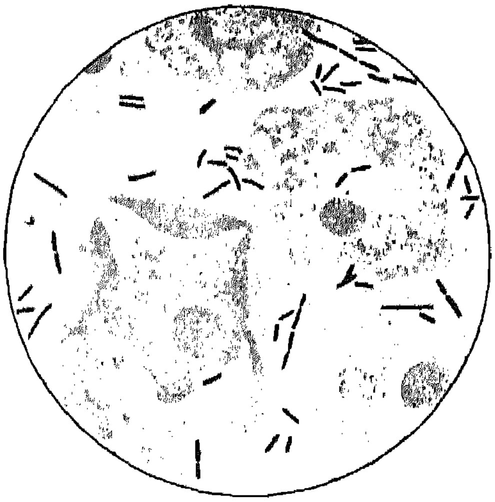
(ا) طبعی افراز سفیدی مائل دکھائی دیتا ہے، اور اس کا قوام نیم جامد ہوتا ہے۔ اس میں مخاط موجود نہیں ہوتا، اور اس کا تعامل نہایت ہی ترشئی ہوتا ہے۔ اس طبعی افراز سے ایک مخصوص عصیہ کاشت کیا گیا (دیکھو شکل ۱۶۹)۔ یہ عصیہ لمبا اور موٹا، حرکت ناپذیر اور ناہوا باش ہوتا ہے، اور لیکٹک ایسڈ (lactic acid) پیدا کرتا ہے۔ ۳۶ فیصدی واقعات میں اس عضویہ (ڈوڈرلین کے عصیہ :Döderleins's bacillus) کے ساتھ ایک لبنی فطر
(yeast fungus) بھی پایا گیا[1]۔ اور یہ بھی معلوم ہوا ہے کہ ڈوڈرلین کے عصیہ میں نبقات عنبیہ 256
کو کسی حد تک تباہ کرنے کی طاقت موجود ہوتی ہے۔ جب نبقات عنبیہ کو باکرہ مہبل میں داخل کیا گیا تو یہ چار دن میں غائب ہو گئے۔ ڈوڈرلین نے اس جراثیم کش فعل کو لیکٹک ایسڈ

---

[1] ہولٹن کی جدید تحقیقات سے ان نتائج کی توثیق ہوتی ہے۔ دیکھو "Investigation of the Bacteria of the Vagina in Pregnancy," Charlotte L. Houlton, *Jour. Obst. and Gyn., Brit. Emp.*, 1924, xxxi, 258.

(lactic acid) کی موجودگی کے ساتھ منسوب کیا ہے جو اسی عصیہ سے پیدا ہوتا ہے جو اسکے نام سے موسوم ہے، لیکن بچوں کی مہبل میں لیکٹک ایسڈ کے موجود ہونے سے درآنحالیکہ مذکورہ نوعی عصیہ ان کی مہبل میں موجود نہیں ہوتا اس نظریہ میں کچھ شبہ پیدا ہو جاتا ہے۔
ڈوڈرلین نے اپنے مطمح نظر کی تائید میں مندرجۂ ذیل امور پیش کئے ہیں:-

(۱) ایسے تمام امراضیاتی مہبلی افرازات جن میں گند خور عضویات اور کئی ایک



شکل ۱۶۹- مہبلی عصیہ (آتی۔شا)۔

مرض جراثیم موجود ہوتے ہیں محض خفیف سے ترشئی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات یہ قلوی بھی ہوتے ہیں۔

(۲) نفاسی عورتوں میں مہبلی عصیہ غائب ہو جاتا ہے اور اس کی جگہ کئی ایک قسم کے گندر خور عضویات پیدا ہو جاتے ہیں، اور نفاس قلوی ہوتا ہے۔

(۳) جب نفاس بند ہو جاتا ہے تو گند خور عضویات بھی غائب ہو جاتے ہیں، اور مہبلی عصیہ پھر پیدا ہو جاتا ہے اور مہبلی افراز نہایت ترشئی ہو جاتا ہے۔

(ب) غیر طبعی افرازات زردی مائل یا سبزی مائل رنگت کے ہوتے ہیں،

ان کا قوام ریمی ہوتا ہے۔ یہ مخلوط آمیختہ ہوتے ہیں، اور بعض اوقات ان میں گیس کے بلبلے بھی پائے جاتے ہیں۔ ان کا تعامل خفیف سا ترشئی یا قلوی ہوتا ہے، اور یہ عموماً کثیر المقدار ہوتے ہیں۔ جرثومیاتی نقطۂ نظر سے یہ بیضات (cocci) اور عصیات (bacilli) کی بہت سی مختلف قسموں پر مشتمل ہوتے ہیں۔ ان ۱۹۵ واقعات میں سے جن کا امتحان ڈوڈرلین نے کیا محض آٹھ میں نبقات سبحیہ (streptococci) پائے گئے، اور ان میں سے صرف پانچ میں قشبیت ثابت کی گئی۔

طبعی حمل کے ۱۰۰ متوالی واقعات میں جس کثرت سے مہبل میں نبقات سبحیہ پائے گئے ہیں اس کا اندازہ لاکہارٹ (Lockhart)[1] نے کیا ہے، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عضویات ۹ء۴۶ فیصدی اولین حاملہ عورتوں میں اور ۶ء۲۵ فیصدی کثیر الولادت عورتوں میں موجود تھے۔ وضع حمل سے پیشتر صرف ایک مثال میں نبقات سبحیہ خون پاش پائے گئے۔ وضع حمل کے بعد مذکورہ واقعات میں یہ پانچ میں دریافت کیے گئے۔ جن اصابات میں نبقات سبحیہ پائے گئے ان میں سے ۱۵ فیصدی اولین حاملہ عورتوں میں اور ۳۰ فیصدی کثیر الولادت عورتوں میں بعد میں نفاسی ارتفاع تپش رونما ہوا۔ حال ہی میں ٹیلر (Taylor) اور رائٹ (Wright) نے بالغ عورتوں کے 257
تناسلی خطہ کی جرثومیات کے متعلق تحقیقات کی ہے،[2] خاصکر جہاں تک کہ اس کا تعلق نفاسی سرائت کے ساتھ ہے۔ ولادت سے عین پہلے خون پاش نبقات سبحیہ (hæmolytic streptococci) ۲ء۷ فیصدی حالتوں میں، اور کاذب خون پاش نبقات سبحیہ ۳ء۱ فیصدی میں، اور ناہموار پاش نبقات ۱ فیصدی میں مہبل میں پائے گئے ہیں۔ جن مریضوں میں خون پاش نبقات سبحیہ موجود تھے ان میں سے کسی پر بھی دوران نفاس میں رحمی عفونت کا حملہ نہیں ہوا۔ غیر حاملہ عورتوں میں افرازات مہبل میں نبقات سبحیہ

---

۱ "Bacteriological Examination of Cervix and Vagina during Pregnancy." etc. Leonard P. Lockhart, *Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1925. xxxii, No. 1, 49.

۲ *Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1930.

شاذو نادر ہی پائے جاتے ہیں۔

دیگر محققین نے بھی جن میں کرونگ (Krönig) منج (Menge) والتھرڈ (Walthard)، اور سٹروگیناف (Strogranoff) شامل ہیں افرازات مہبل میں جراثیم کش طاقت ثابت کی ہے۔ کرونگ نے مہبل میں نبقات سبحیہ، نبقات عنقیہ، اور عصیہ ریم ازرقی (bacillus pyocyaneus) کی خالص کاشتوں کی تنظیم کی، اور اس نے یہ دریافت کیا کہ یہ جراثیم گیارہ سے بیس گھنٹہ تک کے عرصہ کے بعد تباہ ہو گئے۔
منج (Menge) نے ممرض جراثیم کی اس تباہی کے اسباب کو جو مہبل میں عمل میں آتی ہے مندرجۂ ذیل خلاصہ کی شکل میں بیان کیا ہے:۔ (۱) مہبل کی طبعی نباتت کا تضاد (antagonism)۔ (۲) مہبلی عصیہ (vaginal bacillus) کی فعالیت حیات کے حاصلات۔ (۳) افرازات کی ترشگی۔ (۴) مہبل کے تشریحی عناصر کی جراثیم کش طاقت۔ (۵) مواد مہبل یا ساری عضویہ سے پیدا شدہ سفید تکوین (leucocytosis) (۶) خلوی اکالیت جو سفید خلویت کے بعد رونما ہوتی ہے، اور مہبل میں آزاد آکسیجن کی عدم موجودگی۔

تناسلی خطہ میں عضویوں کی تقسیم۔ تناسلی قنال عملی طور پر دو حصوں میں منقسم ہے جن میں ایک سرائیت زدہ ہے اور دوسرا عقیم (دیکھو صفحہ 53)۔ گروالتھرڈ کے مطابق تناسلی قنال کے تین حصے ہیں: (۱) مہبلی جس میں سفید خلیات اور جراثیم موجود ہوتے ہیں۔ (۲) عنق جس میں محض سفید خلیات ہی موجود ہوتے ہیں۔ (۳) جسم رحم جس میں نہ تو سفید خلیات پائے جاتے ہیں اور نہ جراثیم۔ بقول سٹروگیناف (Stroganoff) بیشتر حالتوں میں قنال عنق کے کسی حصہ میں بھی عضویئے موجود نہیں ہوتے۔

خطۂ دہلیز میں لخنی عصیہ (smegma bacillus) پایا جاتا ہے۔ یہ ایک عضویہ ہے جو بلحاظ شکلیات و تعاملات توشیعیہ عصیۂ تدرن کے مشابہ ہے، اور یہ مشابہت بولی خطہ کے تدرنی مرض کی تشخیص کے سلسلہ میں بہت اہمیت رکھتی ہے (دیکھو صفحہ 305)۔

خلاصہ۔ (۱) مہبل کے طبعی افرازات میں عصیۂ مہبل تمام عضویوں سے

زیادہ کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

(۲) جن عضویات پر طبعی نباتِ مہبل مشتمل ہے ان میں سے عام طور پر کوئی ایک بھی ممرض نہیں ہوتا حتیٰ کہ جب کبھی نبقاتِ سبحیہ (streptococci) بھی موجود ہوتے ہیں تو طبعی غشائے مخاطی میں گندخور عضویات کی طرح ہی پائے جاتے ہیں۔

(۳) مگر بعض اوقات نبقاتِ سبحیہ ممرض بن جاتے ہیں اور اگر بافتوں کو کسی طرح کوئی ضرر پہنچ جائے تو ان کی قششیت بالقوہ کا مظاہرہ ہو سکتا ہے۔ لہٰذا یہ امر مسلّمہ تصور کیا جا سکتا ہے کہ حاملہ عورت کی مہبل میں ان کے موجود ہونے سے اسے عفونتِ نفاسیہ کے عارض ہونے کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے جبکہ مقامی ضربہ local trauma) یا شدید نزف یا طویل اور مشکل ولادت سے اس کی طبعی قوتِ مزاحمت کم ہو جائے۔

بولی خطہ کے خرد عضویئے۔ یہ خطہ بالعموم سرائت زدہ ہو جاتا ہے مگر جو عضویئے اس میں پائے جاتے ہیں ان کے انواع و اقسام قلیل ہیں۔ جس طریقے سے عضویئے بولی خطہ میں داخل ہوتے ہیں اس پر التہاب مثانہ (Cystitis) اور التہاب حوضِ گردہ (Pyelitis) کے بیان میں بحث کی جائے گی (دیکھو صفحہ 329 و 334)۔ جہاں تک مبال کا تعلق ہے سیور (Savor) کو ان طبعی واقعات میں سے جن کا امتحان اس نے کیا ۵ ر ۳۶ فیصدی میں اس گذرگاہ میں کوئی جراثیم نہیں ملے۔ کیلی (Kelly) اور برنیم (Burnam) نے یہ خیال ظاہر کیا ہے کہ طبعی افراد کی نصف سے زیادہ تعداد میں مبال میں جراثیم موجود ہوتے ہیں۔ ہاف مائیسٹر (Hofmeister) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ منفذِ بول کے قریب کے زیادہ منکشف حصوں کی نسبت مبال کے زیادہ گہرے
256 حصوں میں جراثیم کی تعداد کم ہوتی ہے۔ جو افراد طبعی دکھائی دیتے ہیں ان کے مبالوں میں جو عضویئے پائے جاتے ہیں اُن میں نبقاتِ عنبیہ (staphylococci) اور عصیاتِ قولون (colon bacilli) بکثرت پائے جاتے ہیں اور نبقاتِ سبحیہ (streptococci) اتنی کثرت سے نہیں ملتے۔ اولی سرائت کے واقعات کی اکثریت میں جراثیم عصیۂ قولون (B. coli) کے گروہ سے ہوتے ہیں۔ جرثومیاتی امتحان سے یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ عام ترین عضویہ جو ریم بولیت (pyuria) میں پایا جاتا ہے عمومی قولونی عصیہ (B. coli communis)

ہے۔ نیز اکثر اصابات میں یہ تنہا ہی پایا جاتا ہے۔ اصابات کی ایک خاص تعداد میں نبقہ سبحیہ قصیر (streptococcus brevis) بطور ثانوی سرائیت کے موجود ہوتا ہے۔ اور نبقہ عنبیہ ابیض (staphylococcus albus)، نبقہ عنبیہ ذہبی (staphylococcus aureus)، عصیہ ریم ازرق (bacillus pyocyaneus)، اور کثیر الاشکال عصیبہ (bacillus proteus) کے متعلق بھی یہی کہا جاسکتا ہے۔ اولی ساری عامل ہونے کی حیثیت سے قولونی عصیہ کے بعد تدرنی عصیہ (B. tuberculosus) کا نام رکھا جاتا ہے۔ اس عضویہ کے ساتھ نبقہ عنبیہ ابیض تقریباً ہمیشہ پایا جاتا ہے، اور مذکورہ بالا عضویوں میں سے بھی کوئی نہ کوئی بعض اوقات اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے۔ اگر پیشاب میں تدرنی عصیہ کا وجود ثابت کرنا مقصود ہو تو اس کے لخنی عصیہ (smegma bacillus) سے ملوث ہونے کے امکان کو خارج کر دینا چاہیئے، کیونکہ یہ دونوں عضوے بلحاظ شکلیات و خواص توشیبہ ایک دوسرے سے یقینی طور پر تمیز نہیں کئے جاسکتے (دیکھو صفحہ 305) لہٰذا تدرن کے لئے امتحان کرتے وقت ہمیشہ قاساطیری نمونہ استعمال کرنا چاہیئے۔

عفونتی تناسلی سرائیں

غیر نوعی

جن سرائتی اعمال سے تناسلی خطہ بلا واسطہ یا بالواسطہ ماؤف ہو سکتا ہے ان کی تقسیم مندرجۂ ذیل طریقہ سے کی جاسکتی ہے:۔

(ا) رحمی عفونت (Uterine sepsis)-

(ا) تسمم الدم (Toxæmia):

نفاسی (Puerperal)-

غیر نفاسی (Non-puerperal)-

(ب) عفونت الدم (Septicæmia)-

(ج) تقیح الدم (Pyæmia)-

(۲) حوضی التہابِ خلوی (Pelvic cellulitis)-

(۳) حوضی التہابِ باریطون (Pelvic peritonitis)-

اس عنوان کے تحت صرف وہی حالتیں آتی ہیں جو عام ریم زا عضویوں کی سرائت سے پیدا ہوتی ہیں۔ نوعی جراثیم سے پیدا شدہ سرائتوں کا ذکر اگلے باب میں کیا جائے گا۔ یہاں ہم جراثیم کے دو گروہوں کا ذکر کریں گے:- (۱) گند خور جراثیم (ناہوا باش، گندیدگی زا، غیر ممرض) جن سے گندیدگی زا اعمال پیدا ہوتے ہیں اور جو مردہ یا انفعالی بافتوں پر پرورش پاتے ہیں، اور (۲) ریم زا (ممرض)، جو زندہ بافتوں پر زندگی بسر کرتے ہیں۔ یہ تقسیم اگرچہ مسلمہ ہے لیکن یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ غیر ممرض عضویوں میں ممرض بننے کی اور ممرض عضویوں میں غیر ممرض بننے کی استعداد موجود ہوتی ہے۔ جو جراثیم گندیدگی زا اعمال میں پائے جاتے ہیں وہ بہت اختلاف پذیر ہیں۔ ان میں سے بعض عصیات ہیں اور بعض نبقات۔ سب سے زیادہ مشہور و معروف قسم کثیر الاشکال عصیۂ عمومی (bacillus proteus vulgaris) ہے۔ گند خور عضویات (saprophytes) زخموں کے افرازات، ریزیثی فواضل، مشیمہ کے ٹکڑوں، محبوس نفاس، متنخر عضلی سلعات اور سرطانات میں نشو و نما پاتے ہیں۔ اور جس مادہ سے یہ غذا حاصل کرتے ہیں اس کو اپنی بالیدگی سے تباہ کر دیتے ہیں، اور ان سے ایسے کیمیائی اجسام طیار کرتے ہیں جو بطور سموم فعل کرتے ہیں۔ ایسے اجسام جب جسم میں دباؤ کے زیر اثر محبوس ہو جاتے ہیں، جیسا کہ کسی بند تاجہ یا کہفہ میں، تو منجذب ہو جاتے ہیں، جس سے ایک قسم کا حموی ردِ عمل پیدا ہو جاتا ہے، جو گندیدگی زا افرازات کے لئے نکاس بنا دینے کے ساتھ ہی زائل ہو جاتا ہے۔ جو سریریاتی کیفیتیں گند خور عضویات سے پیدا ہوتی ہیں ان کو گندیدگی خون (sapræmia) یا تسمم الدم (toxæmia) یا گندیدہ تسمم (putrid intoxication) کی اصطلاحات سے تعبیر کیا گیا ہے۔

259 دو نوعی عضویئے ایسے ہیں جو اپنے طرزِ عمل میں گند خور عضویات کے مشابہ ہیں۔ یعنی ڈفتھیریا (diphtheria) اور کزاز (tetanus) کے عصیے۔ یہ عضویئے ساختوں میں دور تک نفوذ نہیں کرتے بلکہ ان کے اثرات ان کے سموم کے جذب ہوتے سے پیدا ہوتے ہیں۔ اعضائے تناسل کا ڈفتھیریا بہت نادر الوقوع ہے اور ان کا کزاز نہایت ہی

شاذ طور پر پایا جاتا ہے، اور اس لئے ان امراض کا آئندہ ذکر نہیں کیا جائے گا۔

ریم زا جراثیم اپنا فعل سموم کے پیدا کرنے سے بھی کرتے ہیں، مگر یہ سموم جسم کی زندہ بافتوں ہی میں پیدا ہوتے ہیں جن میں جراثیم پرورش پاتے ہیں۔ جو امراض اس طرح پیدا ہوتے ہیں وہ ان امراض سے زیادہ شدید اور زیادہ خطرناک ہیں، جو عضویوں کی گندیدگی زا یا گندخور جماعت سے پیدا ہوتے ہیں۔ ریم زا جراثیم سے ایک صادق سرایت پیدا ہوتی ہے جس کی نہایت قبضی حالت کو خالی تسمم (intoxication) سے تمیز کرنے کے لئے عمومی عفونت (general sepsis) یا جرثومہ دمویت (bacteræmia) یا عفونت الدم (septicæmia) کے ناموں سے بیان کیا جاتا ہے۔

جن جراثیم سے عفونت الدم پیدا ہوتی ہے وہ صرف چند ہی ہیں۔ ان میں سے سب سے زیادہ خطرناک خون پاش نبقات سبحیہ (hæmolytic streptococci) ہیں۔ اکثر واقعات میں تنہا نبقات سبحیہ ہی پائے جاتے ہیں، مگر اس سے کم کثرت کے ساتھ مخلوط سرایت بھی پائی جاتی ہے جس میں نبقات سبحیہ دیگر جراثیم کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ جو نبقہ سبحیہ اعضائے تناسل کی عفونتی سرایتوں میں عام طور پر پایا جاتا ہے وہ خون پاش یا ریم زا نبقہ سبحیہ ہے۔ اس عضویہ کی شکلیات اختلاف پذیر ہے۔ بعض اوقات یہ چھوٹی چھوٹی یا لمبی زنجیروں کی شکل میں اور بعض اوقات دو نبقہ (diplococcus) کی شکل میں موجود ہوتا ہے۔ اس کی قتلیت زیادہ تر اس کے خون پاش خواص پر منحصر ہوتی ہے۔ بعض نبقات سبحیہ فی الحقیقت خون نا پاش ہوتے ہیں اور بعض ناگہانی تبدل (mutation) سے خون پاش ہو جاتے ہیں، یعنی پہلے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ان میں خون پاشیدگی کی استعداد موجود ہے، اور پھر یہ استعداد غائب ہو جاتی ہے، اور یہ خون نا پاش نبقات بن جاتے ہیں۔ مزید برآں ان کی خون پاش استعداد کا ان کی شکلیاتی اختلاف پذیری پر قطعاً کوئی انحصار نہیں۔ "اس میں کچھ شبہ نہیں کہ خون پاش نبقات سبحیہ حمی نفاسیہ کے خفیف اقسام کی نسبت اس کی شدید قسم میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں" (لاکہارٹ)۔ اگرچہ ریم زا نبقہ سبحیہ (Streptococcus pyogenes) نوعی عضویہ نہیں، لیکن ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مقامی ماحول سے اس کے ضد آفرینی (antigenic) خواص تبدیل ہو جاتے ہیں جس سے اس کی مختلف نسلیں مثلاً نفاسی، قرمزیتی، اور سرخبادی؛ ایک دوسری

ممیز ہو جاتی ہیں اور یہ تمیز اگلوٹینین کے انجذاب سے کی جاسکتی ہے (ایگلز :Eagles)۔
نبقاتِ سبحیہ (دونوں ہوا باش اور ناہوا باش) کے مقابلہ میں دیگر جراثیم نفاسی عفونت کے پیدا کرنے میں ایک ذیلی شغل سرانجام دیتے ہیں۔ اور اسکے علاوہ جو جراثیم پائے جاتے ہیں وہ نبقہ عنبیہ ذہبی[1] (staphylococcus aureus)، عمومی قولونی عصیہ (bacillus coli communis) (جو اکثر نبقاتِ سبحیہ کے ساتھ موجود ہوتا ہے)، گیس آفرین کیسہ دار عصیہ (bacillus ærogenes capsulatus) اور نبقہ سبحیہ برازی (streptococcus fæcalis) ہیں۔

یہ ثابت کرنا غیر ممکن ہے کہ آیا کوئی جرثومہ صرف سرائت پیدا کرنے ہی کی قابلیت رکھتا ہے یا صرف تسمم پیدا کرتے ہی کی۔ کسی خاص حالت کے خطرناک ہونے کا فیصلہ موجود جراثیم کی نسل کی قتیلیت اور بافتوں کی مزاحم قوتوں سے کیا جاتا ہے۔ اور یہ ثابت کیا جاچکا ہے کہ اس لحاظ سے نبقہ سبحیہ میں نہایت شدید درجہ کی قتیلیت موجود ہے، لیکن یہ امر بھی یقینی ہے کہ قولونی عصیہ (B. coli) تسمم اور سرائت دونوں پیدا کرتا ہے۔

غیر نوعی ممرض جراثیم کی بالیدگی کے لئے کسی زخم یا مردہ بافت یا افراز کا وجود بالعموم لازمی ہوتا ہے۔ بخلاف اسکے ڈفتھیریا، آکلۃ الفم (noma)، تدرن، سوزاک، اور آتشک جیسے امراض کے نوعی جراثیم کے متعلق یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ کسی مقامی ضرر کی عدم موجودگی میں عمیرات (colonies) بنا سکتے ہیں۔

260 غیر نوعی ریم زا جراثیم تناسلی خطہ تک ان خراشیدگیوں یا زخموں میں سے پہنچتے ہیں جو اصابات کی اکثریت میں دورانِ وضعِ حمل یا دورانِ اسقاط میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ بالعموم یا تو سانس کے ذریعہ سے یا قبالت گر یا قابلہ کے ہاتھوں یا اوزاروں کے ذریعہ سے داخل ہوتے ہیں۔ زیادہ شاذ طور پر سرائت خودزاد ہوتی ہے اور اُن ریم زا عضویات کی موجودگی کا نتیجہ ہوتی ہے جو تناسلی خطہ میں وضعِ حمل سے پہلے یا اس کے دوران میں موجود ہوتے ہیں۔ لہٰذا عفونتی سرائت کے علامات اکثر اوقات نفاس کے پہلے دنوں ہی میں نمودار ہوتے ہیں۔

---

[1] نفاسی عفونت الدم کی ایک نہایت ہی قتیلی حالت میں خون سے نبقاتِ عنبیہ ذہبی کی خالص کاشتیں حاصل ہوئیں۔ یہ مریضہ ہم میں سے ایک (سی۔ ایل) کے زیر علاج تھی۔

عفونتی سرائت رحم کی وسعت وریدیوں اور اس پر کے جھلیوں مثلاً جرفت (curettage) اور بچہ کے گزارنے کے بعد بھی واقع ہو جاتی ہے۔ نیز یہ سرطان اور تخرّ عضلی سلعات کی حالتوں میں بھی دیکھی گئی ہے۔ لہٰذا اگر ہم اس عارضہ کو (۱) نفاسی عفونتی سرائت اور (۲) غیر نفاسی عفونتی سرائت میں تقسیم کر دیں تو بجا ہوگا۔ اور چونکہ یہ تقسیم سریریاتی نقطۂ نظر سے موزوں ہے اس لئے اکثر اسی کا تتبع کیا جاتا ہے۔

نفاسی عفونتی سرائت کا ذکر علم القبالت کی درسی کتابوں میں کیا گیا ہے، لیکن جہاں تک مزاولتِ فن کا تعلق ہے اس عارضہ کا علاج اکثر اوقات ماہرامراض النسا کو بھی کرنا پڑتا ہے۔ لہٰذا اس کا ذکر یہاں ان سرائتوں کے ہمراہ کیا جائے گا جو غیر نفاسی ہیں اور اس لئے خالص طور پر نسائیاتی حیثیت رکھتی ہیں۔

تسمم الدم یا تسمم

(TOXÆMIA OR INTOXICATION)

(مترادف۔ گندیدگیٔ خون :Sapræmia)

نفاسی تسمم الدم (Puerperal Toxæmia)۔ یہ حالت زمانۂ نفاس میں اور اسقاط کے بعد اکثر پائی جاتی ہے۔ رحم میں مشیمی بافت یا نفاسی مواد کے محبوس ہو جانے سے ناہوا باش گندیدگی زا گندخور عضویات (anærobic putrefactive saprophytes) کو بالیدگی کے لئے ایک موزوں ترین مسکن (nidus) مل جاتا ہے۔ گندیدگی زا عمل سے جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ شدت میں درجہ انجذاب کے متناسب ہوتے ہیں، اور یہ امر عسلیت کی کارگری کے بالعکس تناسب سے اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ چنانچہ جب گندیدہ بافتیں رحم میں موجود ہوتی ہیں تو ان سے اس حالت کی نسبت جبکہ تحلیل ہونے والا مادہ مہبل میں موجود ہو زیادہ تسمم پیدا ہوتا ہے، کیونکہ مہبل سے مواد زیادہ آسانی کے ساتھ خارج ہو جاتا ہے۔ نفاسی رحم کے اندر گندیدگی کے عمل کے موجود ہونے کا رحم پر یہ اثر ہوتا ہے کہ التفاف میں تاخیر ہو جاتی ہے، اور یہ عضو کبیر الجسم اور پلپلا رہتا ہے، اور ترم

ہونے کی وجہ سے دررحمی دست ورزیوں کے دوران میں بآسانی دربدہ ہو جاتا ہے' اور یہ ایک ایسا امر ہے جس کا خاص طور پر ضرور خیال رکھنا چاہیئے۔ دروں رحمہ دبیز اور اغشائی (sloughy) ہوتا ہے' اور بدبودار مواد سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ خون کا منعقم تھکا' اغشیہ' یا مشیمہ کے ٹکڑے زیر تحلیل حالت میں عام طور پر موجود ہوتے ہیں۔ یہ کیفیت گندیدہ نفاسی دروں رحمی التہاب (putrid puerperal endometritis) کے نام سے موسوم کی گئی ہے۔

خرد بین سے امتحان کرنے پر کہفۂ رحم کی طرف سے باہر کی طرف مندرجہ ذیل ساختیں دکھائی دیتی ہیں:۔ (۱) متنخر بافت کی ایک دبیز تہ جو فائبرینی مادہ سے مرکب ہوتی ہے اور متنخر دروں رحمہ کے باقی ماندہ حصوں پر واقع ہوتی ہے' اور جس میں عضویئے موجود ہوتے ہیں' (۲) ایک عریض منطقہ جس میں سفید خلیوں کی درریزش پائی جاتی ہے' (۳) تہیج عضلہ جو درریزش سے مبرا اور عضویوں سے آزاد ہوتا ہے۔ سفید خلیوں کی اسی عریض سد محافظ پر نفاسی گندیدگیٔ خون کے اثرات کے سریع الزوال ہونے کا انحصار ہے۔ اور اس کا اثر سریری نقطۂ نظر سے اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ رحم کے استقصاء اور اس کے نامناسب جرف (curettage) سے تسمم الدم بالعموم شدید ہو جاتا ہے' اور قشعریرہ (rigor) پیدا ہوتا ہے اور بعض حالتوں میں مرض کی نوعیت بھی بدل جاتی ہے اور عمومی سرائت یا عفونت الدم (septicæmia) کی ابتدا ہو جاتی ہے۔ اس قسم کی سریری شہادت سے ہمیں یہ سبق ملتا ہے کہ گندخور عضویوں اور ریم زا جراثیم کے درمیان کوئی واضح اور ممیز فرق قائم کرنا خطرناک ہے' اور دررحمی عفونت کے ہر ایک واقعہ میں سرائت خون کے امکان کو ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔ اور یہ ایک حقیقت ہے کہ اس امر کا فیصلہ کرنے میں اکثر اوقات بہت وقت پیش آتی ہے کہ آیا کسی معینہ حالت میں محض تسمم الدم موجود ہے یا سرائت خون۔

261 جب اس امر کا یقین ہو جائے کہ رحم خالی ہے تو جب تک کہ مواد آزادی سے خارج ہو رہا ہو دررحمی علاج غیر ضروری ہوتا ہے۔ اور ضرورت صرف اتنی ہی ہوتی ہے کہ موثر و مکمل مسیلیت قائم کر دی جائے۔ گندیدگیٔ خون کی خفیف سی حالتوں میں دررحمی استقصاء کی شاذ و نادر ہی ضرورت پڑتی ہے۔ گندیدگیٔ خون کے علاج پر رحمی عفونت کے عمومی علاج کے ساتھ بحث کی جائیگی (دیکھو صفحات 265 تا 270)۔

غیر نفاسی تسمم الدم (Non-puerperal Toxæmia)۔ اگرچہ گندیدگیٔ خون

بیشتر حالتوں میں نفاسی اعمال کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے مگر بعض نسائیاتی حالتوں میں بھی اس کے پائے جانے کا امکان ہے۔ تحت مخاطی لیفی عضلی سلعات (submucous fibromyomata) بآسانی سرائت قبول کر لیتے ہیں۔ یہ اکثر اوقات اپنی رسد خون کے ناقص ہونے کی وجہ سے تنخر یافتہ ہوتے ہیں، اور دوران حیض میں مقامی حالات جراثیم کے کہفۂ رحم پر حملہ کرنے کے موافق ہو جاتے ہیں۔ یہ سلعات کہفۂ رحم اور مہبل کے درمیان بذات خود راستہ کھولنے کی طرف مائل ہوتے ہیں، اور بالید کے باہر نکلنے کے دوران میں اس کا قطب زیرین بعض اوقات منخوف ہو جاتا ہے، اور اس میں اغثاث واقع ہو جاتا ہے۔ تحت مخاطی عضلی سلعہ میں اغثاث کے واقع ہونے یا نہ ہونے کا انحصار زیادہ تر اس کے کیسہ کے سالم ہونے پر ہے۔ ایسی حالتوں میں رحمی مجسہ کے گذارنے یا جرف سے جو کھیں خراشیدگیاں پیدا ہوتی ہیں ان سے متنخر عضلی سلعہ معرض سرائت میں آجاتا ہے۔ اغثاث پذیر رحمی بالیدوں کی موجودگی کی حالت میں درجۂ تسمم کا انحصار مسیلیت، بالید کی جسامت، اور اس کے اغثاث کی وسعت پر ہوتا ہے۔ ایسی حالتوں کا علاج انقاف (enucleation) براہ مہبل ہے۔

عنق کے سرطان کی حالتوں میں بعض اوقات قنال عنق اتنی مکمل طور پر بند ہو جاتی ہے کہ دروں رحمی افراز خارج نہیں ہو سکتا۔ اس حالت سے استسقائے رحم (hydrometra) پیدا ہو جاتا ہے، جس میں ان جراثیم سے سرائت بسرعت شروع ہو جاتی ہے جو تنخر یافتہ سرطانی بالید میں ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رحمی اجتماع ریم (pyometra) اور عفونتی انجذاب کے امارات پیدا ہو جاتے ہیں (دیکھو صفحات 418 تا 420)۔

اگرچہ اس امر کے بیان کرنے میں تکرار کا اندیشہ ہے مگر یہ کہنا ضروری ہے کہ رحمی مجسہ کے گذارنے سے عفونتی دروں رحمی التہاب کے پیدا ہونے کے باعث بار بار تسمم پیدا ہو چکا ہے۔ سنین حال میں ان اجسام غریبہ سے بھی اسی قسم کا نتیجہ پیدا ہو چکا ہے جو امتناع استقرار حمل کے لئے رحم میں داخل کئے جاتے ہیں، مثلاً "ونش بون" رحمی فرزجہ اور "گریفن برگ" کا حلقہ (دیکھو صفحات 213 و 214)۔ کہفۂ رحم میں جب زنک کلورائیڈ (zinc chloride) اور دخان خیز نائیٹرک ایسڈ (fuming nitric acid) کے سے کاویات اور تیز دافعات عفونت لگائے جاتے ہیں تو ان سے تنخر پیدا ہو سکتا ہے جس سے عفونتی انجذاب شروع ہو جاتا ہے۔

گذشتہ زمانہ میں بیش گرمائی بھاپ سے "گی بالابخرہ" ("atmocausis") کرنے پر یہی حالت بالعموم پیدا ہو جاتی تھی، اور زمانۂ حال میں ریڈیم اور برقی حرارت رسانی (diathermy) کے سے جدید معالجاتی عوامل کے نامناسب استعمال سے اس قسم کا اثر پیدا ہو سکتا ہے۔

سب سے آخر میں تسمم ان اجتماعاتِ خون کے سرائت زدہ ہونے سے بھی پیدا ہوتا ہے جو مہبل، رحم، فلوپی نلی اور ڈگلس کی جیب میں موجود ہوں۔ اس قسم کے اجتماعاتِ خون میں جیسے کہ تناسلی خطہ میں پائے جاتے ہیں باہر سے سرائت واقع ہونے کا خطرہ نہیں ہوتا لیکن اگر مہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) کا علاج ناکافی میسلیت سے کیا جائے تو سوراخ بعض اوقات بند ہو جاتا ہے اور مہبلی اجتماعِ ریم (pyocolpos) پیدا ہو جاتا ہے۔

جو تسمم خلوی النہابی رشحہ (cellulitic exudate) کے تقیح سے پیدا ہوتا ہے اس کا بیان حوضی خلوی النہاب کے عنوان کے نیچے کیا جائیگا (دیکھو صفحہ 276)-

علاج :- آئندہ یہ معلوم ہو جائے گا کہ غیر نفاسی گندیدگیِ خون کا علاج زیادہ تر جراحی ہے، اور سبب کے رفع کرنے، مثلاً متنخر عضلی سلعہ کو دور کرنے اور موثر میسلیت وغیرہ قائم کرنے پر مشتمل ہے۔

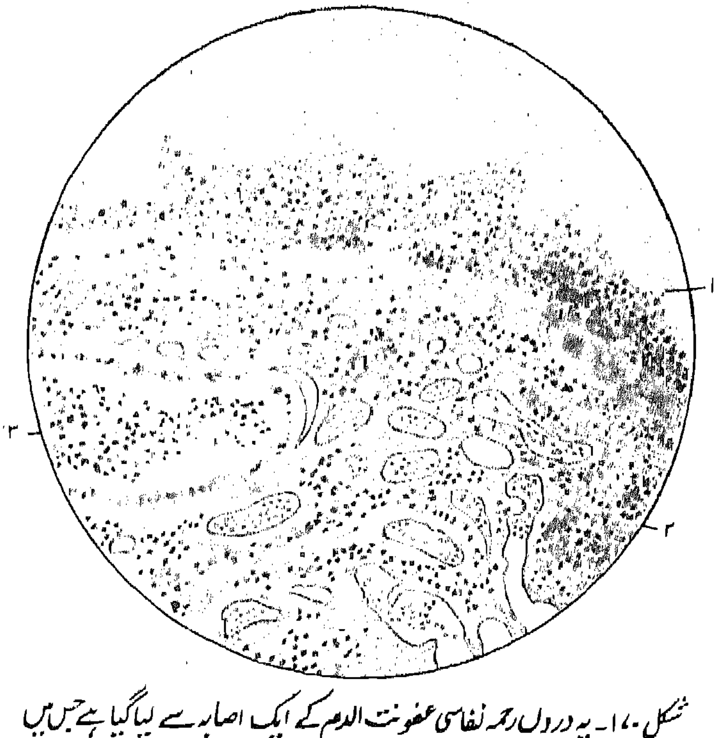
عفونت الدم

(SEPTICÆMIA)

جو کچھ پہلے کہا جا چکا ہے اس سے یہ سمجھ میں آ گیا ہوگا کہ تسمم الدم اور سرائت الدم میں سرسری طور پر کوئی واضح اور ممیز فرق قائم کرنا اکثر ناممکن ہوتا ہے۔ دراصل معلوم ایسا ہوتا ہے کہ یہ سوال کیفی تفریق کی بجائے کمی تفریق کا ہے، اور گندیدگی زاصل صادق عفونت الدم کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔ بعض حالتوں میں مرضی عمل شروع ہی سے صادق سرائت الدم ہوتا ہے۔ اس قسم کی حالت تقریباً ہمیشہ نفاسی الاصل ہوتی ہے، لیکن جیسا کہ گندیدگیِ خون (sapræmia) میں ہوتا ہے اسی طرح عفونت الدم میں بھی عضویات عملیتی زخموں سے یا اُن خراشیدگیوں کے راستہ سے داخل ہو سکتے ہیں جو مجیح کے گذرنے سے پیدا ہوئی ہوں۔ وہ جلی مقامی ضررات جو نفاسی سرائت کے ساتھ پائے جاتے ہیں یہاں تشریحی ترتیب سے

بیان کئے جائیں گے۔

فرج۔ نفاسی سرائت کی شدید حالتوں میں فرج پر بالعموم قرحے موجود ہوتے ہیں' جن کی سطح میلی خاکستری مائل سبز ہوتی ہے' اور یہ ریمی مواد سے تر ہوتے ہیں۔ ان کے ارد گرد پیش دموبیت کا ایک منطقہ موجود ہوتا ہے اور اکثر تہیج بھی موجود ہوتا ہے جو شفر تین صغیر پر

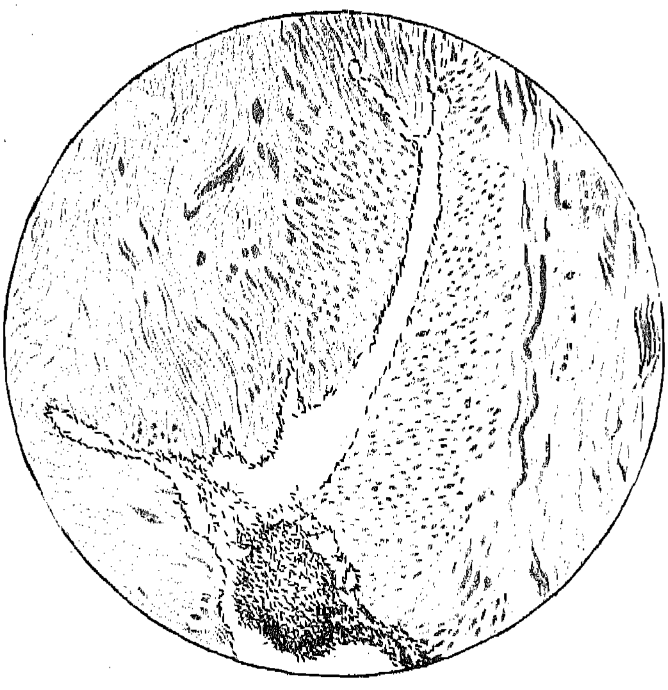


شکل ۔۱۷۰۔ یہ دروں رحمہ نفاسی عفونت الدم کے ایک اصابہ سے لیا گیا ہے جس میں موت واقع ہوگئی تھی۔ اس میں مندرجۂ ذیل ساختیں دکھائی دیتی ہیں۔ (۱) بے قاعدہ اریکی بافت کی ایک سطح' (۲) ایک سفید خلوی منطقہ جس میں متسع عروق موجود ہیں' (۳) ایک رحمی غدہ جس کا سر حلہ جزوی طور پر تباہ ہوگیا ہے۔

خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ اس قسم کے عفونتی قرحوں کا عام ترین محلِ وقوع مولج مہبل کا موخر حصہ ہے' اور یہ عام طور پر وضعِ حمل سے پیدا شدہ تشققات اور خراشیدگیوں میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان سے مقامی درد اور التہابیت پیدا ہوتی ہے' اور پیشاب کرنے کے دوران میں بہت سی تکلیف

محسوس ہوتی ہے۔

مہبل۔ جو زخم دریدہ عنق سے یا عجانی وریدگیوں سے لیکر مہبل تک پہنچ جاتے ہیں، ان کے عفونت زدہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ طویل المدت وضع حمل سے پیدا شدہ کوفتگی کی وجہ سے مہبل کی مقدم دیوار پر تنخری رقبہ جات ظاہر ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے اغشاش پیدا ہو جاتا ہے اور ناسور (fistula) بنجاتا ہے۔ نفاسی سرائت کے اصابات میں بعض اوقات مہبل کی وسیع 263 وریدگیاں دیکھنے میں آتی ہیں جو ورک کی مستقیمی حفرہ (ischio-rectal fossa) کے اندر تک



شکل ۱۷۱۔ یہ تراش اسی رحم کی عضلی دیوار میں سے لی گئی ہے جس سے سابقہ تصویر کا دروں رحمہ لیا گیا ہے۔ اس تراش میں ایک لمفی عرق دکھائی دیتا ہے جس میں عصیہ ہادمہ (Bacillus perfringens) کے عمیرے موجود ہیں۔ یہ عصیہ حرکت ناپذیر گرام مثبت، اور نا ہوا باش ہے، اور ۱۸۹۸ء میں وے یون (Veillon) اور زوبر (Zuber) نے گنگرین کی حالتوں میں اس کا انکشاف کیا تھا۔

بھیل جاتی ہیں۔ ایسے ضررات کو مکمل مسیلیت اور کئی مرتبہ صاف کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب عجانی

دریدگی میں عفونت پیدا ہو جائے تو دوختوں کو فوراً دور کر دینا چاہیئے اور زخم کو اچھی طرح سے کھولنے کے بعد ہائیڈروجن پرآکسائیڈ (۱۰ والیس) سے بار بار اس کی آبیاری کرنا چاہیئے، اور گلیسرین، یا گلیسرین اور ایکریفلیوین (۵۰۰ میں ۱) یا ڈٹال ("Dettol") میں گاز تر کرکے اس سے اس کا تکمیہ کرنا چاہیئے۔

عنق رحم۔ بعض اوقات عنق کی دریدگیاں سرائت زدہ ہو جاتی ہیں اور ان میں غشائیہ پذیر قروح بنجاتے ہیں۔ اس قسم کی حالت تقریباً ہمیشہ اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ ایسی ہی عفونت کہفۂ رحم میں بھی موجود ہے۔

رحم۔ سرائت کا اولین محل بالعموم یہی ہوتا ہے اور اس کی جسامت تاریخ نفاس کی تناظر ہوتی ہے، اور یہ کبیر الجسم نہیں ہوتا جیسا کہ گندیدہ تسمم میں ہوتا ہے۔ اس کی دیواریں نرم اور پلپلی ہوتی ہیں، اور بعض اوقات اس کے کہفہ میں خالی آنکھ سے کوئی غیر معمولی شے نظر نہیں آتی، یعنی تھکا یا شیمی ساخت موجود نہیں ہوتی، اور سطح پر کوئی خشیشہ (slough) دکھائی نہیں دیتا۔ خوردبین سے امتحان کرنے پر جو تغیرات دیوارہائے رحم میں دکھائی دیتے ہیں وہ ان تغیرات کے متضاد ہوتے ہیں جو تسمم الدم میں دیکھنے میں آتے ہیں، اور اس حالت کو سرائتی دروں رحمی التہاب (infective endometritis) سے موسوم کیا گیا ہے۔ سفید کروی منطقہ جو گندیدگی خون کے گندیدہ دروں رحمی التہاب (putrid endometritis) میں بخوبی نمو یافتہ اور دبیز ہوتا ہے وہ عفونت الدم کے سرائتی دروں رحمی التہاب میں ناقص النمو اور پتلا ہوتا ہے، اور یہ درحقیقت اتنا پتلا ہوتا ہے کہ حملہ آور عضویوں کو محدود کرنے کیلئے کارگر ثابت نہیں ہو سکتا۔ لہٰذا موخر الذکر نہ صرف دروں رحم ہی میں پائے جاتے ہیں بلکہ ان کا مظاہرہ مناسب تو شیہ سے رحم کے منتہج عضلی نظام میں بھی کیا جا سکتا ہے (دیکھو شکل ۱۷۱)۔ ان کے علاوہ سفید کروں کا ایک راستہ بھی پایا جاتا ہے جو پیچھے کی طرف سفید کروی منطقہ کے 264 کسی کمزور مقام تک چلا جاتا ہے۔ عضویوں کے حملہ کا راستہ یہی ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں عضویوں کے عضلہ پر حملہ آور ہونے کی کوئی ایسی شہادت موجود نہیں ہوتی جو خالی آنکھ سے دکھائی دے۔ مگر گاہے گاہے عضلۂ رحم میں ایک یا متعدد خراج بن جاتے ہیں۔ شاذ شاذ مثالوں میں عضلہ کے سالم رقبہ جات گنگرین زدہ ہو جاتے ہیں اور چھوٹے چھوٹے قطعوں یا بڑے بڑے ٹکڑوں کی شکل میں گر جاتے ہیں۔ اس حالت کو تقطیعی دروں رحمی التہاب (metritis

dissecans) کے نام سے تعبیر کیا گیا ہے۔

اُس رقبہ کے عروقِ خون جو اُس مقام کا متناظر ہوتا ہے جہاں سے حملہ شروع ہوا علقیت یافتہ پائے جاتے ہیں، اور اس امر کا اطلاق مشیمی موضع پر کے وریدی جوفوں پر اور عنق کی وریدگی (جب کبھی یہ موجود ہو) کے اردگرد کے عروق پر بھی ہوتا ہے۔ ان علقوں کی سرائت سے اس انتشار پذیر عفونتی علقی التہاب ورید (septic thrombo-phlebitis) کی توجیہ ہوتی ہے جو بیضی، رحمی اور حرقفی وریدوں میں اس کثرت سے پایا جاتا ہے۔

رحم سے سرائت اس کی دیواروں میں گذر کر حوضی خلوی بافت، باریطون، فلوپی نلیوں اور بیضیین تک پہنچ سکتی ہے۔ باریطون کی سرائت التہابی عمل کے، اُن عروق لمف اور عروق شعریہ میں سے عموماً براہ راست پھیلنے سے عمل میں آتی ہے جو رحم کے عضلی نظام میں پائے جاتے ہیں۔ سرائت فلوپی نلیوں کے راستہ سے باریطون تک خلاف توقع بہت کم منتشر ہوتی ہے۔

مطالعہ کنندہ کی توجہ ایک دفعہ پھر اس امر کی طرف منعطف کی جاتی ہے کہ نام نہاد نفاسی عفونت الدم کی بہت سی مہلک حالتوں میں جو امراضیاتی نقشہ ارحام میں دکھائی دیتا ہے وہ ان مناظر کا ایک مجموعہ تصور کیا جاسکتا ہے جو نام نہاد "گندیدہ" اور "سرائتی دروں رحمی التہابات" میں پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کا عضو کلاں اور زیر النفافی (subinvoluted) ہوتا ہے۔ اس کی دیواریں نرم اور زردی مائل ہوتی ہیں، اور اس کی وریدیں اور وریدی جوف علقیت یافتہ ہوتے ہیں۔ اس کے کہفہ میں ایک نرم خاکستری یا سبز متنخر ارکی بافت کا ایک استر موجود ہوتا ہے، اور اس میں خون کا شکست پذیر تھکا یا مشیمی فواضل بعض اوقات موجود ہوتے ہیں، اور بعض اوقات موجود نہیں بھی ہوتے۔

نفاسی سرائت کے علامات اور اسکی سریری روداد

اس عنوان کے تحت اُن دو امراضیاتی حالتوں، یعنی تسمم الدم کے گندیدہ دروں رحمی التہاب اور عفونت الدم کے عفونتی یا سرائتی دروں رحمی التہاب کے امارات و علامات کا ذکر کیا جائے گا جن کی طرف پہلے بھی توجہ دلائی جاچکی ہے۔ سریری نقطۂ نگاہ سے ان دونوں حالتوں کا سرائتِ رحم کے نام سے ذکر کرنے کا رواج ہے، اور چونکہ تجربہ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ

گندیدگیٔ خون اور عفونت الدم کے اعمال اکثر اوقات اکٹھے پائے جاتے ہیں اس لئے دونوں کو اس مشترک اصطلاح سرائت سے تعبیر کرنا جائز ہے، بشرطیکہ اس امر کو نظر انداز نہ کیا جائے کہ اس کے دو اقسام ہیں۔

سرائت رحم کی ابتدا بالعموم وضع حمل کے پہلے چار یا پانچ ایام میں ہوتی ہے۔ جن حالتوں میں یہ عارضہ اس مدت کے بعد لاحق ہوتا ہے، ان میں سرائت ولادت کے اور بعد شروع ہوتی ہے۔ علامات جتنے جلد شروع ہونگے سرائت بالعموم اتنی ہی قشبی اور خطرناک ہوگی۔

مرض کی خفیف حالتوں میں پہلی علامت نبض کی رفتار کی تیزی ہوتی ہے، اور اس کے بعد تپش ۱۰۱° تا ۱۰۲° ف تک بلند ہوجاتی ہے۔ ساتھ ہی جبھی دردِ سر اور کسلانِ طبع کی شکایت بھی پیدا ہوجاتی ہے۔ شدید حالتوں میں یہ علامات اور پہلے نمودار ہوتے ہیں اور ان کے جلد بعد ہی قشعریرہ ہوتا ہے اور رفتارِ نبض بڑھ جاتی ہے، اور بعض اوقات قے اور اسہال کا اضافہ بھی ہوجاتا ہے۔ غیر شدید ابتدا زیادہ تر گندیدگیٔ خون (sapræmia) میں پائی جاتی ہے، لیکن اس سے عفونت الدم کو مستثنےٰ نہیں کیا جاسکتا۔ اگر زمانۂ نفاس کے کسی حصہ میں نبض کی رفتار میں ایسی تیزی پائی جائے جو برقرار رہے، تو اس سے ہمیشہ نفاسی سرائت کا شبہ پیدا ہونا چاہیئے خواہ ارتفاعِ تپش موجود نہ بھی ہو۔ اس قسم کی علامت کے موجود ہونے کی حالت میں نہایت محتاط امتحان کی ضرورت ہوتی ہے، اور اس کا پہلا مرحلہ ہمیشہ یہ ہوتا ہے کہ جرثومیاتی مقاصد کے لئے کہفۂ رحم میں سے ایک پچارا (swab) طیار کرلیا جائے۔

265 بعض اوقات رحم غیر طبعی طور پر کلانی یافتہ اور الیم ہوتا ہے اور نفاس مقرط، بدبودار اور قیحی ہوتا ہے۔ ایسے امارات گندیدگیٔ خون کے گندیدہ دروں رحمی التہاب (putrid endometritis of sapræmia) کا امتیازی خاصہ ہیں۔ بخلاف اس کے ایسا بھی دیکھنے میں آتا ہے کہ رحم کا التفاف طبعی ہوتا ہے، اور یہ الیم نہیں ہوتا۔ اور نفاس بدبودار اور مقرط نہیں ہوتا، بلکہ اسکی مقدار بہت کم ہوتی ہے اور کبھی یہ غائب بھی ہوتا ہے۔ اس قسم کے جملہ امارات سرائتِ خون یعنی عفونت الدم (septicæmia) کی طرف اشارہ کرتے ہیں، اور اس قسم کی مخلوط سرائت کے واقعات اکثر دیکھنے میں آتے ہیں جن میں علامات اس قدر خلاف قاعدہ ہوتے ہیں کہ تنہا سریری ذرائع سے تفریقی تشخیص نہیں کی جاسکتی۔ سادہ گندیدگیٔ خون اور سادہ عفونت الدم

کے عمومی خصائص کا خلاصہ ذیل میں دیا جاتا ہے :-

گندیدگیٔ خون کے علامات۔ زیادہ اہم سربری علامات تپ، گندیدہ مواد اور زیر التفاف ہیں۔ دورانِ ولادت میں سرائت واقع ہونے کے تیسرے یا چوتھے دن تپش ۱۰۰ یا ۱۰۲ ف تک پہنچ جاتی ہے۔ اور سردی محسوس ہونے لگتی ہے، اور حقیقی قشعریرہ بالعموم نہیں ہوتا۔ رفتارِ نبض تپش کے ارتفاعِ تپش کے تناسب سے اضافہ پایا جاتا ہے، اور مریضہ شدید مرض میں مبتلا معلوم نہیں ہوتی۔ رحم کی جسامت جتنی کہ چاہیے اس سے زیادہ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ عضو الیم بھی ہو۔ نفاس بدبودار اور مفرط ہوتا ہے، اور فرجی گدی پر خون کے ان الوان (pigments) کا رنگ پایا جاتا ہے جو شکستہ سرخ خلیات سے مصل میں داخل ہوتے ہیں۔ مناسب علاج کرنے پر مرض جلد رفع ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر علاج نہ کیا جائے تو عمومی سرائت کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

عفونت الدم کے علامات۔ اس عارضہ کی ابتدا بالعموم حاد ہوتی ہے اور یہ زمانۂ نفاس کے پہلے تین دنوں میں ہوتی ہے۔ نبض کی رفتار ہمیشہ تیز پائی جاتی ہے، اور یہ درجۂ تپش سے غیر متناسب ہوتی ہے۔ نبض کا حجم چھوٹا ہوتا ہے، اور شدید حالتوں میں اس کی تپش کم ہوتی ہے۔ اگر رفتارِ نبض ۱۲۰ سے اوپر قائم رہے تو یہ خطرناک ہوتی ہے۔ ابتدا میں عام طور پر قشعریرہ ہوتا ہے، اور درجۂ تپش روز بروز بڑھتا جاتا ہے۔ دورانِ قشعریرہ میں یہ ۱۰۵ ف — ۱۰۶ — ۱۰۷ ف ہوتا ہے۔ درجۂ تپش بالعموم متفتر (remittent) قسم کا ہوتا ہے، اور کم ہو کر طبعی حد تک کبھی نہیں آتا، بلکہ اس میں روزانہ دو یا تین درجہ تک کے فترات (remissions) پائے جاتے ہیں۔ رحم نہ تو غیر مناسب طور پر بڑا ہوتا ہے، اور نہ الیم۔ نفاس قلیل المقدار ہوتا ہے، اور بعض اوقات غائب بھی ہوتا ہے اور دودھ پیدا نہیں ہوتا۔ فرج پر کبھی کبھی نفاسی قرحے بھی پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات جلد پر طفحات پیدا ہو جاتے ہیں جو بعض حالتوں میں احمراری قسم کے ہوتے ہیں اور شکل و شباہت اور تقسیم میں قرمزیہ کے طفح سے بہت ملتے جلتے ہیں۔ جن مریضوں میں تسمم الدم بہت شدید ہوتا ہے ان میں جلد کی رنگت لیموں کی طرح زرد ہو جاتی ہے۔ زبان پپڑی دار ہوتی ہے، اور لبوں پر وسخ (sordes) جمع ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات متاخر علامت کے طور پر اسہال کا اضافہ بھی ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی بے خوابی بھی نمایاں ہوتی ہے۔ اور جوڑوں اور بلورائی کہفوں میں التصابات نمودار ہو جاتے ہیں۔

انجام کار ذات الریہ (نمونیا) سے اکثر موت واقع ہو جاتی ہے۔ سفید خلویت (leucocytosis) میں نمایاں کثرت پائی جاتی ہے' جس میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیات (polymorpho- nuclear leucocytes) کی تعداد زیادہ ہوتی ہے' اور ائیوسین پسند جسیمے (eosinophile corpuscles) کم ہوتے ہیں۔

عفونت الدم کی قطعی تشخیص خون میں عضویوں کے پائے جانے سے کی جاسکتی ہے لیکن منفی نتیجہ اِس امر کی قاطع دلیل نہیں کہ مرض موجود نہیں' کیونکہ یہ ممکن ہے کہ دوران خون میں صرف چند جراثیم ہی موجود ہوں اور وہ وقفوں کے بعد نمودار ہوتے ہوں۔ قشعریرہ کے فوراً بعد خون میں جراثیم کی موجودگی ثابت کرنے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے۔ بہت سی حالتوں میں جرثومیاتی تشخیص صرف کہفۂ رحم کے مواد میں خون پاش نبقات سبحیہ (hæmolytic streptococci) کی موجودگی ثابت کرنے سے کرنا پڑتی ہے۔

سرائتِ رحم کا علاج

اس موضوع کی بحث کا تعلق حفظ ما تقدم کی تفصیلات سے بھی ہے' اور ان کے لئے علم الولادت کی کسی کتاب کو دیکھنا ضروری ہے۔ رحمی بجارے کے جرثومیاتی امتحان اور ارتفاع تپش 266
کے دیگر اسباب کو مستثنیٰ کرنے کے بعد جب سرائتِ رحم کی تشخیص کرلی جائے تو اس امر کا انتظار کئے بغیر کہ تسمم الدم اور عفونت الدم میں تفریق کی جائے علاج فوراً شروع کر دینا چاہیئے۔ اس امر کے لئے جو تدابیر اختیار کئے جائیں گے وہ شدتِ علامات کے لحاظ سے مختلف ہونگے۔ سب سے پہلے اِس امر پر جتنا زور دیا جائے کم ہے کہ مناسب تیمارداری ہی جو نہایت موثر طریقہ سے انجام دی جائے علاج کا جزو لاینفک ہے۔ اگر اس کا انتظام مریضہ کے گھر پر نہ ہوسکے تو اسے کسی ایسے ادارہ میں منتقل کر دینا چاہیئے جس میں اس کا پورا اہتمام موجود ہو' اور ہر حادثہ کا تدارک کر لے کے لئے مناسب عملہ بھی ہو۔ نفاسی سرائت میں زیادہ تر مناسب تیمارداری پر ہی شفایابی کا انحصار ہوتا ہے' اور اگر اس سے غفلت کی جائے تو ممکن ہے کہ یہی ناکامی کا باعث ہو۔

اگر علامات خفیف ہوں تو گرم ہلکی نطول اور ارگٹ (ergot) اور ملینات کا

استعمال ہی کافی ہوتا ہے۔ مریضہ کو وضعِ فاؤلر (Fowler's position) (دیکھو صفحہ 925) میں رکھنا چاہیئے تاکہ سیلیت کو مدد ملے۔ اگر ایک یا دو دن کے اندر اندر علامات میں تخفیف نمودار نہ ہو تو کہفۂ رحم کی سیلیت کا انتظام کرنا ضروری ہوتا ہے۔ سیلیت کی مکمل سرانجام دہی میں کہفۂ رحم کا اصبعی استقصاء بھی شامل ہوتا ہے جو معدمِ حس کے زیرِ اثر کیا جاتا ہے، اور اس کے لئے سخت دافعِ عفونت احتیاطوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ جرثومیاتی امتحان کے لئے دررحمی افراز کا پچارا اگر پہلے حاصل نہیں کیا گیا تو اسے اب مندرجۂ ذیل طریقہ سے حاصل کر لینا چاہیئے۔

جب سرائتی عمل کی فشنیت زیادہ ہو، جیسا کہ یہ رفتارِ نبض، زیادتیِ تپ، اور وقوعِ قشعریرہ سے ظاہر ہوتی ہو، تو سرائت زدہ مشیمہ یا غشا کے منضم ٹکڑوں کو علیحدہ کرنا خطرہ سے خالی نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ تازہ خون اور لمف کے وہ مجاری جو خلیاتِ ابیض کی درزش کے محافظ منطقہ کے باہر موجود ہوتے ہیں کھل جائیں، اور اس راستہ سے سمی مادہ کی ایک بڑی مقدار بسرعت منجذب ہو جائے، اور یا فعّال طور پر نشو و نما پانے والے جراثیم دورانِ خون میں داخل ہو جائیں جس سے یہ سرائت عمومی ہو جائے جو ابھی تک محدود المقام رہی ہے۔ رحم کے اندر حمل کے محبوس حاصلات کی موجودگی تقریباً ہمیشہ رحمی نزف کا باعث ہوتی ہے، اور جب تک کہ مفرط یا طویل المدت نزف ایک نمایاں زائد علامت نہ ہو، نفاسی سرائت کی حالتوں میں ہم یہی مناسب خیال کرتے ہیں کہ کہفۂ رحم کا استقصاء ہرگز ہرگز نہ کیا جائے۔

جب رحم میں مشیمہ کے سرائت زدہ حصے باقی رہ گئے ہوں تو اس کو صاف کرنے کے لئے جو عملیہ کیا جاتا ہے اس کے لئے خاص احتیاط اور مہارت کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب تک صورتِ حالات اس عملیہ کو مکمل طور پر اور مناسب جراحی احتیاطوں کے ساتھ سرانجام دینے کی اجازت نہ دے اسے ہرگز شروع نہ کرنا چاہیئے کیونکہ کسی ناکمل کوشش سے مریضہ کی حالت یقینی طور پر اور خراب ہو جائے گی، اور ممکن ہے کہ تعفیت مرض زیادہ شدید صورت اختیار کر لے۔

مریضہ کو معدمِ حس کے زیرِ اثر لا کر فرج کے بالوں کو صاف کر کے اس کا ازالۂ سرائت کر دیا جائے، اور مہبل کو بھی صاف کیا جائے۔ اس مقصد کے لئے ہم یا تو ایکری فلیوین

(acriflavine) کے محلول (۵۰۰ میں ۱)، برلیئینٹ گرین (brilliant green) کے الکحلی محلول (۱ فی صدی) اور کرسٹل وائیولٹ (crystal violet) کے محلول (۱ فی صدی) کا استعمال کرتے ہیں، اور یا "ڈٹال" ("Dettol") کے محلول کا۔ موخرالذکر زائی لینال (xylenol) کے ایک ہیلوجنی مشتق کا محفوظ الحقوق نام ہے۔ کہفۂ رحم میں کوئی چیز گذارنے سے پیشتر رحمی افراز کا ایک نمونہ حاصل کر لینا چاہیئے جو تشخیصی مقاصد کے لئے جرثومیاتی امتحانات کے کام آئے، اور اگر ضرورت ہو تو اس سے بعد میں ویکسین بھی طیار کی جا سکے۔
افرازِ رحم کو حاصل کرنے کے لئے بہت احتیاط سے کام لینا چاہیئے تاکہ یہ مہبلی اور عنقی تلوث سے پاک رہے۔ اس غرض کے لئے شیشہ کی ایک چھوٹی سی عقیم نلی عنق میں سے گزار دی جاتی ہے، اور اس میں سے ایک پچکاری قعر تک پہنچا دیا جاتا ہے۔ اس طرح رحم کے بالائی حصہ سے افراز حاصل کیا جا سکتا ہے۔ عنق کے مصنوعی اتساع کی قاعدۃً ضرورت نہیں ہوتی اور یا اگر ہوتی ہے تو بہت کم، کیونکہ زمانۂ نفاس کے پہلے ہفتہ میں فمِ داخلی میں احتیاط سے انگشتِ اشارہ 267
داخل کی جا سکتی ہے۔ بالفتہائے عنق کی دریدگی سے احتیاط سے احتراز کرنا چاہیئے۔ اسکے بعد انگلی سے تمام کہفۂ رحم کا استقصاء کرنا چاہیئے۔ بافت کے منضم ٹکڑے قاعدۃً بآسانی شناخت کیئے جا سکتے ہیں، اور یہ اکثر اس حصہ پر ملتے ہیں جو مشیمہ کے محلِ تنصیب کا متناظر ہوتا ہے۔ دیوارِ رحم کا یہ حصہ اس حالت میں بھی جبکہ اس کے اندر کچھ بھی محسوس نہ ہو انگلی سے ہمیشہ کھردرا اور ناہموار محسوس ہوتا ہے، اور سرجن کو اس سے ہرگز دھوکا نہ کھانا چاہیئے۔ اگر رحم کے بقیہ حصہ میں کوئی محسوس بافت موجود نہ ہو تو یہ چھونے سے صاف اور ہموار محسوس ہونا چاہیئے۔

اس کے بعد بافت کے باقی ماندہ ٹکڑے کو انگلی سے علیحدہ کرنے کی کوشش کرنا چاہیئے۔ دستانہ پوش انگلی بہت کند آلہ کا کام دیتی ہے، اور اس سے بافت انفصال کے قدرتی مستوی پر ہی علیحدہ ہو سکتی ہے۔ اگر اس کا انضمام امراضیاتی ہو تو انگلی کافی نہیں ہوتی۔ اس حالت میں اس کو قلابِ بیضہ (ovum forceps) سے پکڑ لیا جاتا ہے، اور اسے آہستہ سے گھما کر بافت کو الگ کر دیا جاتا ہے۔ نام نہاد "کند" مجرفہ "blunt curette") دستانہ پوش انگلی سے زیادہ موثر ثابت نہیں ہوتا۔ رحم کی بقیہ دیوار کو کھرچنا نہ چاہیئے۔ بعض جراح اس عملیہ کو ختم کرنے سے پہلے رحم کا کسی خفیف سے دافعِ عفونت

مثلاً ٹنکچر آئیوڈائی (Tr. iodi) ا پائنٹ پانی میں اڈرام یا "ڈٹال" ("Dettol") (۱ فیصدی) یا بیش تنشی محلول نمک (ا پائنٹ پانی میں ۴ ڈرام نمک)، سے اچھی طرح سے غسلول کر دیتے ہیں۔ آخر میں ایک مکعب سنٹی میٹر پیچوئٹرین (pituitrin) کا اشراب کرنے کے بعد رحم کو دونوں ہاتھوں کی انگلیوں کے درمیان پکڑ کر اس کی دلک کی جاتی ہے حتیٰ کہ اس میں انقباض ظاہر ہو جائے۔ اس سے خون دب کر باہر نکل جاتا ہے اور اس کا رساؤ جو ہمیشہ بکثرت ہوتا ہے بند ہو جاتا ہے۔ بعدازاں دیوارِ رحم کو خالص ٹنکچر آف آئیوڈین، گلیسرین، ایکری فلیوین (acriflavine)، بریلینٹ گرین (brilliant green) اور کرسٹل وائیولٹ (crystal violet) یا "ڈٹال" (۱ فی صدی) کے پچارے سے صاف کیا جاسکتا ہے۔ اگر رحم میں محسوس بافتیں نہ پائی جائیں تو اس کی دیواروں کو کسی دافعِ عفونت کے پچاروں سے صرف صاف کر دینا چاہئے اور اس سے زیادہ کچھ نہ کرنا چاہئے۔

رحمی عفونت میں عملِ جرف (curetting) یقیناً ناجائز ہے۔ دیوارِ رحم کی بافتیں عفونتی التہاب میں اس قدر نرم ہو جاتی ہیں کہ مجرف (curette) سے بہ نسبت اس حالت کے جبکہ بافتیں ملتہب نہ ہوں بہت موٹی دھجیاں اتر سکتی ہیں۔ لہٰذا یہ ممکن ہے کہ خلیاتِ ابیض کا محافظ منطقہ واقعی الگ ہو جائے اور تازہ خام سطح معراہ جائے جس میں سے سرائتی مادہ بسرعت منجذب ہو جائے۔ مزید برآں ان مقامات پر کھرچنے سے کچھ فائدہ نہیں ہوتا جہاں بافتہائے عزبیہ موجود نہ ہوں۔ عفونتی دروں رحمی التہاب (septic endometritis) میں جو سطحی تنخری تغیرات ہمیشہ پائے جاتے ہیں وہ خطرہ کا اصلی ماخذ نہیں ہوتے، کیونکہ ان تغیرات سے پیدا شدہ مواد کھلی عنق سے بآسانی خارج ہوتے رہتے ہیں۔

دررحمی دست ورزی کے بعد بارہ گھنٹے کے اندر اندر کسی وقت بھی قشعریرہ نمودار ہو سکتا ہے۔ اس سے لازمی طور پر یہ ظاہر نہیں ہوتا کہ سرائت نے عمومی شکل اختیار کر لی ہے، بلکہ یہ محلِ عملیہ سے سموم کی زیادہ مقدار کے بسرعت جذب ہو جانے سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ بہرکیف اگر رحم میں ان سموم کی پیدائش بند ہو جائے تو یہ بہت جلد خارج ہو جاتے ہیں، اور مریضہ کی شفایابی میں قشعریرہ کی وجہ سے تاخیر نہیں ہوتی۔ حال ہی میں یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ کہفۂ رحم میں ایکیل گلیسرین کا، یا

ایکری فلیوین یا آئیوڈین کے ہمراہ، انشراب کردیا جائے۔ بہت سی حالتوں میں اس سے عمدہ نتائج پیدا ہوتے ہیں۔ گلیسرین کا نم گیر فعل جراثیم سے لدے ہوئے لمف کی ایک رو پیدا کردیتا ہے جو کہفۂ رحم کی طرف کو بہتی ہے، اور اس طرح یہ سرائت زدہ دیوارہائے رحم کی تسبیلیت میں مدد دیتی ہے۔ مریضہ کو وضع نشست میں رکھنا چاہیئے تاکہ مسیلیت کی تائید ہو، اور انقباضات رحم کو تحریک پہنچانے کے لئے گرم مہبلی نطولات مفید ثابت ہوتے ہیں۔

جن مریضوں میں سرائت "بالقوہ" موجود ہو یعنی جن میں وضع حمل کی تکمیل کیلئے
268 آلاتی دست ورزی سے مداخلت کی گئی ہو، ان میں ۲۰ مکعب سنٹی میٹر دافع بنفاتِ سبحیہ مصل (antistreptococcic seurm) کا ایک حفظ ماتقدمی متاد دینا ایک مفید طریقۂ عمل ہے۔ جب بنفات سبحیہ کی سرائت واقع ہوچکی ہو تو اس مصل کی ۱۰ تا ۲۰ مکعب سنٹی میٹر مقدار کا ایک دروں وریدی انشراب ہر روز کرنا چاہیئے۔ عمومی علاج کی تفصیلات میں محلول نمک کے زیر جلدی ملحی صفق (saline infusion) کا استعمال شامل ہے۔ اس سے سفید خلویت (leucocytosis) کو ترقی ہوتی ہے اور جلد اور گردوں میں ہیجان پیدا ہوتا ہے، اور اسطرح اخراج سموم کی تائید ہوتی ہے۔ مثبت کاشت خون کے اصابات میں تسنکیمیا کی تجہیزات (نووارسینوبنزال :novarsenobenzol)، مرکیوروکروم (mercurochrome) پرکلورائیڈ آف مرکری (perchloride of mercury)، ایکری فلیوین (acriflavine) یوسال (eusol)، اور دیگر دافعات عفونت کے دروں وریدی انشراب سے خون کو تعقیم کرنے کی کوشش کی گئی ہے۔ ڈجن (Dudgeon) جس نے حاد جرثومی سرائت کے ۳۳۰ اصابات میں پرکلورائیڈ آف مرکری کا اور ۱۵۰ واقعات میں مرکیوروکروم کا انشراب کیا ہے یہ رائے دیتا ہے کہ ان دافعات عفونت کا استعمال عفونتی عمل کے ابتدائی مدارج میں مفید ہوتا ہے۔ وہ محلول نمک میں طیار کئے ہوئے ۱۲۵۰ میں ۱ طاقت کے پرکلورائیڈ آف مرکری کے محلول کے ۵ مکعب سنٹی میٹر (۱/۱۶ گرین) کا انشراب کرتا ہے، اور بارہ تا چوبیس گھنٹہ کے اندر اندر حسب ضرورت اس کا تکرار بھی کرتا ہے۔ اس کا یہ خیال ہے کہ اگر تین دن کے اندر اندر چار انشرابات کرنے سے مریضہ کی حالت روبہ اصلاح نہ ہو تو اس علاج کا جاری رکھنا بے سود ہے۔ نیز وہ محلول نمک میں طیار شدہ ۲۰۰، ۵۰۰، اور ۷۵۰ میں ۱ طاقت کے

مرکیورو کروم (mercurochrome) کا بھی استعمال کرتا ہے۔ ۲۰۰ میں طاقت کے مرکیورو کروم کی ۱۰ مکعب سنٹی میٹر مقدار ابتدائی اعظم معتاد ہونا چاہئیے۔ اور اگر اس سے زیادہ طاقتور محلول کا استعمال کیا جائے تو پیشاب میں خون، البیومن، اور سیانک آنا شروع ہو جاتے ہیں۔ یہاں یہ بیان کیا جا سکتا ہے کہ دافعاتِ عفونت کے براہ راست مصل خون میں داخل کرنے سے جن مفروضہ فوائد کے حاصل ہونے کے متعلق دعویٰ کیا جاتا ہے انکی تصدیق معملی تحقیقات سے نہیں ہوئی۔ اصل واقعہ اس کے برعکس ہے، اور فلیمنگ[1] (Flaming) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ خلیاتِ ابیض کے تضرر سے حقیقی معنوں میں نقصان پیدا ہو سکتا ہے۔ جہاں تک "یوسال" ("Eusol") کا تعلق ہے فلیمنگ نے یہ دریافت کیا ہے کہ اس دافع عفونت اور خون کو مساوی مقداروں میں ملانے سے نبقاتِ عنبیہ (staphylo cocci) کے لئے ایک عمدہ کاشتی وسیط بن جاتا ہے! کول برک (Colebrook) اور ہیئر[2] (Hare) نے ان دعاوی کے متعلق تحقیق کی ہے جو مرکیورو کروم کے متعلق کئے گئے ہیں۔ انہوں نے یہ معلوم کیا ہے کہ جس مصلِ انسان پر "مرکیورو کروم" (۱۰۰۰ میں ۱) کا عمل کیا گیا ہو اس میں خون پاش نبقات سبحیہ (hæmolytic streptococci) کے لئے کوئی جراثیم کش طاقت موجود نہیں ہوتی، اور یہ کہ "فائبرین ربودہ (defibrinated) انسانی خون میں، اسی خون کے مقابلہ میں جبکہ اس میں مرکیورو کروم شامل نہ ہو، نبقاتِ عنبیہ (staphylococci) کو ہلاک کرنے کی قوت بہت حد تک کم ہوتی ہے"!

امریکہ میں ان سالوں میں بلاواسطہ نقل خون کا استعمال کافی وسیع پیمانہ پر کیا گیا ہے۔ پولیک (Polak) نے یہ اطلاع دی ہے کہ اس کے مفید اثرات معمولاً تین یا چار دن تک باقی رہتے ہیں، اور اس لئے چوتھے دن اس کا تکرار کرنا ضروری ہے۔ اس نے یہ معلوم کیا ہے کہ خون کی وہ مقدار جو سب سے زیادہ موثر ثابت ہوتی ہے ۲۵۰ تا ۳۰۰ مکعب سنٹی میٹر ہے۔ کول برک (Colebrook) اور سٹورر[3] (Storer) بھی

[1] *Lancet*, 1917, Vol, i, 341.

[2] *Brit. Jl. Exp. Path.*, 1927, Viii., 109.

[3] Colebrook, L, Storer, E. J., *Lancet*, 1923, ii., 1341, also *Brit. Jl. Exp. Path.*, 1924, v., 47.

طبیبا نقل الدم (immune transfusion) کی تعریف کرتے ہیں۔ جمع کرنے سے بیشتر معطی کا خون طبیعی بنالیا جاتا ہے۔ ان کا یہ منشورہ ہے کہ خون آلۂ برائن (Brine's apparatus) کے ذریعہ سے یابندہ میں براہ راست منتقل کر دینا چاہیئے، کیونکہ فنائیبرین ربودگی (defibrination) سے ایک جو تہائی خلیات ابیض علیحدہ ہو جاتے ہیں "سٹریٹ آمیختہ" خون کی جراثیم کش قوت بھی کسی حد تک کم ہو جاتی ہے۔ معطی کو پہلے نیوکلی ئین (nuclein) کا اشراب کرنے سے سفید خلویت میں ہیجان پہنچایا جاسکتا ہے۔

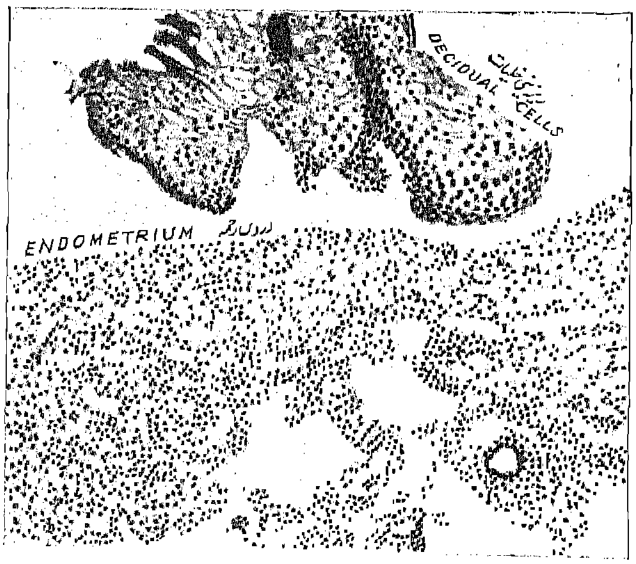
یہ دعویٰ کیا جاتا ہے کہ خون پاش نبقات سبیبہ کی موجودگی میں خلیات ابیض اور خون کی جراثیم کش طاقت بحیثیت مجموعی نوو ارسینو بلان (novarsinobillon) (۶ء۰ گرام، ۱۰ مکعب سنٹی میٹر کشید کیئے ہوئے عقیم کردہ پانی میں) کے دروں وریدی اشرابات سے بڑھائی جاسکتی ہے۔ یہ محلول بالکل تازہ استعمال کرنا چاہیئے۔ اور اگر ضرورت ہو تو دو یا تین دن میں اس کا تکرار کیا جاسکتا ہے۔ لکر (Lúker) خون کی جراثیم کش طاقت کو 269
زیادہ کرنے کے لیئے بائی کلورائیڈ آف کونین (bichloride of quinine) کے استعمال کو پیش کرتا ہے۔ یہ غالباً سفید خلویت کے بڑھانے سے اپنا یہ مفید فعل سرانجام دیتا ہے۔

ملین بائی (Mellanby) اور گرین (Green) کے ان حالیہ مشاہدات سے کہ حیوانات میں حیاتین "ا" دینے سے سرائت کے لئے قوت مزاحمت یقیناً بڑھائی جاسکتی ہے، یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ نفاسی سرائت میں بھی اس سے عملی استفادہ کیا جاسکتا ہے۔ یہ معاملہ ابھی تک زیر تحقیق ہے، مگر جو سریری نتائج ابھی تک حاصل ہوئے ہیں وہ بادی النظر میں مایوس کن ہی ہیں۔

رحم کی نفاسی سرائت کی مکمل تفصیلات کے لئے طالب علم کو قبالت کی کوئی درسی کتاب دیکھنا چاہیئے۔

محبوس حاملات اور تحت الحاد سرائت ۔ یہ حالت زچگی یا اسقاط کا عاقبہ ہوتی ہے، جس میں سرائت بلاشبہ حصہ لیتی ہے۔ اس کے سریری خصائص محبوس بافتوں کے رحم میں موجود ہونے یا نہ ہونے سے ایک بڑی حد تک متاثر ہوتے ہیں۔ یہ یقین کے ساتھ کہا جاسکتا ہے کہ بیضہ کے حصے سرائت زدہ ہونے کے بغیر رحم میں کئی ہفتہ تک رہ سکتے ہیں۔ اور اگر سرائت موجود بھی ہو تو یہ اتنی خفیف قسم کی ہوتی ہے کہ سریری لحاظ سے اسے

نظر انداز کر دیا جاتا ہے۔ سب سے بڑی علامت بے قاعدہ قسم کا نزف ہوتا ہے جو بالعموم کم و بیش مسلسل ہوتا ہے' اور اس کی مقدار اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ مریضہ جلد ہی عدیم الدم ہو جاتی ہے' اور ممکن ہے کہ اس کی یہ حالت صرف نقصانِ خون ہی سے منسوب کی جاتی ہو۔ عام طور پر خفیف سی تپ بھی پائی جاتی ہے' مگر اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ ادنیٰ درجہ کی قشیت مرض کا ایک اہم عنصر ہوتی ہے۔ ایسے مریض بافت کے محبوس ٹکڑوں کو دور



شکل ۲۰۱۔ رحم سے حاصل کردہ بافت جو "محبوس حاصلات" کے ایک اصابہ سے لی گئی ہے۔ ریزیی بافت کا ایک ٹکڑا درون رحمہ کی سطح پر دکھائی دیتا ہے۔

کرنے سے جلد شفایاب ہو جاتے ہیں۔ اور ان کو دور کرتے وقت اُن احتیاطوں کا خیال رکھنا چاہیئے جن کا ذکر گزشتہ باب میں کیا گیا ہے۔

بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ اس قسم کے کئی ایک اصابات میں رحم میں کچھ بھی محبوس نہیں ہوتا' اور اس حالت میں نزف نمایاں علامت نہیں ہوتا۔ ایسے مریض اسقاط (miscarriage) کے وقت سے لیکر خون آلود مواد کے سیلان' داخلی درد اور درد کمر کی شکایت کرتے ہیں جو جلد سے زیادہ شدید ہو جاتے ہیں' اور علالت کے کم و بیش

عمومی احساس کی بھی ان کو شکائت ہوتی ہے۔ شفاخانہ کے علاج سے استفادہ کرنے والے طبقہ کی عورتیں اپنے آپ کو اتنا زیادہ علیل تصور نہیں کرتیں کہ لیٹی رہیں، بلکہ علاج کیلئے خارجی مریضوں کے شعبہ میں آتی ہیں۔ 270

امتحان کرنے پر یہ معلوم ہوگا کہ عنق بند ہے، اور جسم رحم اگر زیادہ نہیں تو ایک معین حد تک بڑھا ہوا ہے۔ واقعات کی ایک معتد بہ تعداد میں ایک طرف کے یا دونوں اطراف کے ضمیمہ جات الیم ہوں گے، اور بعض اوقات ڈگلس کی جیب میں مسقوط پائے جائیں گے۔ رحم اکثر پس گردیدہ ہوتا ہے لیکن ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ منظار سے امتحان کرنے پر عنق سے ایک مخاطی قیحی مواد خارج ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے جس پر بعض اوقات ایک شوخ سرخ نازلتی تاکل بھی موجود ہوتا ہے۔ نیز دیوارہائے مہبل کی رنگت بھی اکثر گہری سرخ ہوتی ہے، مگر یہ شاذ و نادر ہی الیم ہوتی ہیں۔ املاص (miscarriage) کے بعد کے پہلے چند ہفتوں میں غور سے مشاہدہ کرنے پر اکثر اوقات خفیف اور بے قاعدہ ارتفاعِ تپش بھی پایا جاتا ہے۔

اس قسم کے واقعات کو پہلے "زیر التفاف" (sub-involution) کے نام سے موسوم کیا جاتا تھا۔ اور ایسے اصابات کی کچھ تعداد غالباً بتدریج ایک اور حالت میں تبدیل ہو جاتی ہے جو "مزمن التہاب رحم" (chronic metritis) کے نام سے مشہور ہے، اور جس کا ذکر صفحہ 437 پر کیا گیا ہے۔ دیگر اصابات میں انبولی اور بلیغی سرائت ترقی کر جاتی ہے، اور اس کی جو اہمیت سریری نقطۂ نظر سے ہوتی ہے وہ سرائتِ رحم کو مکمل طور پر پوشیدہ کر لیتی ہے جس سے کہ یہ پہلے پہل پیدا ہوئی تھی۔

علاج کہفۂ رحم کے استقصا پر مشتمل ہے۔ اور ممکن ہے کہ کسی تسلی بخش نتیجہ کے حاصل کرنے سے پیشتر اس عملیہ کا تکرار بھی کرنا پڑے۔ رحم کے ماسکۂ سرائت کو دور کرنے کے بعد خفیف سی انبولی سرائت جو اسی سے پیدا ہوئی ہو فرو ہو سکتی ہے۔ اور اگر ضمیمہ جات کا التہاب ترقی کر گیا ہو، اور پیپ کے موجود ہونے کا شبہ ہو تو رحم میں جراحی مداخلت کرنا ممنوع ہے۔

تقیح الدم

(PYÆMIA)

ہم یہ دیکھ چکے ہیں کہ تناسلی خطہ کی کسی مقامی سرائت کے بعد ایک عمومی یا نظامی سرائت پیدا ہو سکتی ہے۔ اور اس کے پیدا ہونے کے دو طریقے ہیں۔ (۱) عضویئے براستہ عروق لمف وخون دوران میں بلا واسطہ داخل ہو جاتے ہیں، اور کوئی مقامی ضرر پیدا کرنے کے بغیر جوئے خون میں ان کی تعداد بڑھنا شروع ہو جاتی ہے (عفونت الدم septicæmia: یا جرثومہ دمویت :bacteræmia)۔ (۲) جراثیم دیوارِ رحم سے گذر کر وریدوں میں داخل ہو جاتے ہیں جس سے عفونتی علقی وریدی التہاب (septic thrombo-phlebitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد بعض عفونتی علقے ٹوٹ جاتے ہیں اور ان کے ذرات عفونتی سدادوں کے طور پر خون میں بہ نکلتے ہیں، اور تمام جسم میں مختلف مقامات پر اور بالخصوص پھیپھڑوں میں اٹک جاتے ہیں۔ مقاماتِ احتباس پر یہ سدادے عفونت کے ماسکوں میں تبدیل ہو جاتے ہیں جن سے متعلق الضبابات اور خراجات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس طرح یہ حالت شروع ہوتی ہے جو تقیح الدم (pyæmia) کے نام سے موسوم ہے۔

تقیح الدم کے جملہ واقعات خطرناک ہوتے ہیں اور نفاسی سرائت سے جو اموات واقع ہوتی ہیں، ان میں سے ۴۰ تا ۵۰ فی صدی کا ذمہ دار یہی عارضہ ہے۔ انذار موجودہ عضویہ کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ سبحہ نبتی تقیح الدم (streptococcal pyæmia) بالعموم مہلک ہوتا ہے، لیکن اگر نبتات سبحیہ کی بجائے دوسرے عضویئے موجود ہوں تو صحت یابی کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ تقیح الدم نفاسی اور غیر نفاسی دونوں قسم کی سرائتوں سے پیدا ہو سکتا ہے۔ علقی وریدی التہاب (thrombo-phlebitis) جو اس سے قبل رونما ہوتا ہے کسی رحمی سرائت کے بعد براہِ راست، یا کسی مقامی سرائت مثلاً ابتدائی خلوی التہاب، کے بعد ثانوی طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ سرائت کا ابتدائی منبع بالعموم رحم ہوتا ہے، اور اس کا عام ترین سبب وہ اسقاط ہے جو مناسب جراحی

احتیاطوں کے بغیر پیدا کیا جاتا ہے اور جس کے اغراض مجرمانہ ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں تقیح الدم قبالتی مزاولت میں بھی ان حالتوں میں دیکھنے میں آتا ہے، جن میں دروں رحمی دست درازیوں مثلاً مشیمہ کے دستی اخراج کی روئداد موجود ہو، اور یا جن میں دورانِ زمانۂ نفاس میں سرائت زدہ مشیمہ کے ٹکڑوں کو دور کرنے کے لئے تیز چھرت (curette) کا استعمال 271
کیا گیا ہو۔ یہ عارضہ اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ اس قشبیت کے مقابلہ میں جس سے عفونت الدم پیدا ہوتی ہے اِس میں جراثیم میں کم قشبیت پائی جاتی ہے، اور یہ امر مندرجہ ذیل امور سے ظاہر ہوتا ہے۔ (۱) انتشارِ جراثیم کچھ عرصہ کے لئے حوضی وریدوں تک ہی محدود رہتا ہے۔ (۲) سریری طور پر اس مرض کی ابتدا عفونت الدم کی ابتدا کے زمانہ کے بعد ہوتی ہے۔ (۳) عضویئے خون میں صرف قشعریرہ سے ذرا قبل اور اس کے دوران ہی میں پائے جاتے ہیں۔

علامات کا آغاز ایک ابتدائی قشعریرہ سے ہوتا ہے، اور تپش ۱۰۴ یا ۱۰۵ ف تک پہنچ جاتی ہے۔ اس کے بعد یہ جلد ہی طبعی حد تک یا اس سے بھی نیچے آجاتی ہے، اور اس اثنا میں مریضہ کو پسینا بکثرت آتا ہے۔ نبض اول اول عفونت الدم کی نسبت کم تیز ہوتی ہے اور اس کا تواتر تقیح الدم کے صرف آخری مدارج ہی میں اس حد تک بڑھتا ہے جو عفونت الدم میں دیکھنے میں آتی ہے۔ تقیح الدم کا امر متکرر قشعریروں سے ممیز ہوتا ہے، اور تپش وقفوں کے درمیان طبعی یا طبعی سے کم ہوتی ہے۔ مرض اس طرح ہفتوں تک جاری رہتا ہے خراب ترین حالتوں میں موت بالعموم تیسرے ہفتہ میں واقع ہو جاتی ہے، مگر ایک اصابہ میں ہم نے اس کو باونویں دن تک ملتوی ہوتے دیکھا ہے۔ مزید برآں ایک ایسے اصابہ کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جس میں تقیح الدم کی ایک مریضہ ستر قشعریروں اور پانچ ماہ مریض رہنے کے بعد تندرست ہو گئی۔ نتیجہ کا انحصار سدادات کی تقسیم پر ہے۔ اگر متعدد سدادات پھیپھڑوں، دروں قلبیہ، اور دماغ میں پہنچ جائیں تو یہ لازم طور پر مہلک ثابت ہوتے ہیں۔

تقیح الدم کے اصابات میں امتحاناتِ نعش پر فخذی، بیضی، رحمی، حرقفی، اور کلوی وریدوں، اور ورید اجوف میں علقیت منکشف ہوئی ہے، نیز پھیپھڑوں میں متعدد خراجات بھی پائے گئے ہیں جن کے ساتھ ریوی گنگرین کے رقبہ جات، ذات الریہ (pneumonia) اور دبیلہ (empyema) موجود تھے۔ دماغ، آنکھ، جگر، گردہ، جوڑوں،

ہڈیوں، جلد اور عضلہ میں بھی سَرِوَجی(metastatic) خراجات پائے گئے ہیں۔ قرحی دروں رحمی التہاب (ulcerative endometritis) مہلک اصابات کی نصف تعداد میں موجود ہوتا ہے ۔ باریطون، سوائے اس خفیف سے مقامی التہابِ باریطون کے جو اُن شکستہ علقوں کے اردگرد واقع ہو جاتا ہے جو مقامی وریدوں میں ہوتے ہیں، بالعموم بچ جاتا ہے ۔

تنقیح الدم کا علاج عفونت الدم کے علاج کا سا ہے جس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے۔ سابق الذکر مصلات (sera) یا کیمیائی ادویہ بشمول کولارگال (collargol) (۱ فی صدی محلول کے ۔ ۱ مکعب سنٹی میٹر) کا دروں وریدی انشراب ایک دفعہ روزانہ کیا جا سکتا ہے۔ نکلی ئنک ایسڈ (nucleinic acid) کے ۲ فی صدی محلول کی ۱تا ۲ ڈرام کی مقداریں سفید خلویت (leucocytosis) کو ترقی دینے کے لئے روزانہ دو مرتبہ زیرجلدی طور پر دی جاسکتی ہیں ۔ نقل الدم کے متعلق اشارات کے لئے دیکھو صفحہ 268۔ بیضی وریدوں کو علقیت یافتہ رقبہ کی قربی طرف پر باندھ دینے سے سوائے ان چند حالتوں کے جن کا انتخاب احتیاط سے کیا گیا تھا، زیادہ حوصلہ افزا نتائج حاصل نہیں ہوئے۔

حوضی التہابِ باریطون

(PELVIC PERITONITIS)

(گرد رحمی التہاب :Perimetritis)

اگرچہ حوضی التہابِ باریطون ایک سرائتی عمل ہے مگر اس کا فعل صائن اور محافظِ حیات ہے ۔ لیکن جب محرک عضویہ بہت زیادہ فتنی ہو تو منتجہ التہابِ باریطون بھی بافتوں کے لئے تباہ کن اور زندگی کے لئے خطرناک ثابت ہوتا ہے۔

بحث اسباب ۔ حوضی التہابِ باریطون کسی سابق الوجود دروں حوضی مرض کا نتیجہ ہوتا ہے ۔ اور جو علامات اس سے پیدا ہوتے ہیں انہی سے اس قسم کے مرض کا وجود اول اول ظاہر ہوتا ہے ۔ اسی سے یہ خیال پیدا ہوا تھا کہ حوضی التہاب باریطون ابتدائی ذاتی التہاب ہے ۔ مگر اب یہ نظریہ غلط سمجھا جاتا ہے ۔

حوضی التہاب باریطون کا عام ترین سبب تناسلی خطہ کی ایک صعودی سرائت ہے،

جو باریطون تک یا تو دیوارِ رحم کے عروقِ لمف کے ذریعہ سے براہِ راست گئی ہو اور یا فلوپی نلیوں کے ساتھ ساتھ پہنچی ہو۔ آئیوانوو (Iwanov) نے حال ہی میں نزد مہبلی عروقِ لمف اور وریدی اجواف کی اس اہمیت کی طرف توجہ دلائی ہے جو ان کو سرائت کے راستے ہونے کی وجہ سے حاصل ہے، اور اس کا یہ خیال ہے کہ حوضی باریطون، بیضیین، اور فلوپی نلیاں درون رحم کے راستہ سے سرائت زدہ ہونے کی نسبت زیادہ کثرت سے انہی راستوں سے سرائت زدہ ہوتی ہیں۔ سرائت کے عام ترین منابع نفاسی سرائت اور سوزاک ہیں، اور بلحاظ بحیثیت اسباب درنہ (tubercle) تیسرے درجہ پر ہے۔ حوضی باریطون کی سرائت کے دیگر منابع وہ التہابی ضررات ہیں جو معائے کبیر کے سلسلہ میں پائے جاتے ہیں، خاصکر التہاب زائدہ (appendicitis) اور التہاب عطفہ (diverticulitis)۔ فلوپی نلیوں اور بیضیین کے التہابی امراض کی مرضی تشریح کا ذکر ایک آئندہ باب میں تفصیل سے کیا جائے گا (دیکھو صفحہ 628)، لیکن حوضی التہاب باریطون کے بیان کو سہل الفہم بنانے کے لئے یہاں بعض امور کا حوالہ دینا ضروری ہے۔

التہاب انبوبہ (Salpingitis)- عورت میں حوضی التہاب باریطون بالعموم التہاب انبوبہ کی ایک پیچیدگی کے طور پر پیدا ہوتا ہے۔ فلوپی نلی کے ذریعہ سے باریطون کا بلاواسطہ تسلسل رحم اور مہبل کے مخاطی استر کے ساتھ قائم ہے۔ چنانچہ کسی سرائتی عمل کا رحم تک پھیلنا اگرچہ ناگزیر نہیں تو ممکن ضرور ہے۔ اس سلسلہ میں آئیوانوو (Iwanov) کی حالیہ تشریحی اور امراضیاتی تحقیقات کو یاد رکھنا چاہئے جو اس نے سرائت کا صحیح صحیح راستہ معلوم کرنے کے سلسلہ میں کی ہے۔ اگر نلی ایک دفعہ سرائت زدہ ہو جائے تو اس کے رحمی سرے کا درونہ غشائے مخاطی کے تناؤ کی وجہ سے بہت جلد بند ہو جاتا ہے، اور سرائتی افرازات شکمی دہنہ میں سے باہر نکل آتے ہیں جو زیادہ منفتح ہوتا ہے، کیونکہ ان کے اخراج کے لئے صرف یہی ایک راستہ رہ جاتا ہے۔ لہٰذا حوضی التہاب باریطون التہاب انبوبہ کا ایک دائم الوقوع عاقبہ ہے۔ جب شکمی دہنہ مسدود ہو جاتا ہے تو سرائت زدہ افراز التہابی عمل کو نلی کی دیواروں سے منتشر کر کے اس کے باریطونی طبقہ تک پہنچا دیتا ہے، اور اسطرح گرد انبوبی التہاب (Perisalpingitis) اور التصاقات پیدا ہو جاتے ہیں۔ نلی میں پیپ کے محبوس رہنے سے التہاب باریطون کے تازہ حملوں کے بار بار ہونے کا امکان

موجود رہتا ہے۔ اور التہاب ہر مرتبہ گرد و نواح کے باریطون پر پھیل جاتا ہے۔ پیپ نلی کی دیوار میں سے بھی اپنا راستہ بنا سکتی ہے، اور اس سے گرد انبوبی خراج بن سکتا ہے جیسا کہ صفحہ 634 پر بیان کیا گیا ہے۔ چونکہ شکمی دہنہ بیض کے بہت قریب ہوتا ہے اس لئے یہ اس غدہ کی سطح سے اکثر مضبوطی سے چپک جاتا ہے، مگر علاوہ اس تغیر کے منفتح نلیوں سے گرد بیضی التہاب (peri-opöhoritis) بھی پیدا ہو سکتا ہے، اور بہت سے اصابات میں گرافی جرابات کی سرائت بھی واقع ہو سکتی ہے جس سے بیضی خراج بنجاتا ہے (دیکھو شکل ۴۲۱ صفحہ 659)۔ ایسی حالتوں میں بیض باریطون کے لئے سرائت کے ایک جدید ماخذ کا کام دیتا ہے، اور ایسا بھی ہو سکتا ہے کہ ابتدائی انبوبی سرائت رفع ہو جاتی ہے، اور اس حالت میں بیضی خراج ہی التہاب باریطون کا بظاہر اصلی ماخذ معلوم ہوتا ہے۔ آئیوانوو (Iwanov) نے مذکورہ دلیل کو اپنے دعوے کی تائید میں پیش کیا ہے کہ بیضین اور قلوبی نلی کے بیرونی ثلث کی سرائت تزد مہبلی اور نزد رحمی عروق ملمفہ اجوافِ اور خلوی بافت کے راستہ سے واقع ہوتی ہے۔

نو بالیدیں۔ تجربہ سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ بیض کے چھوٹے سے دویری سلعہ میں غیر دویری بیض کی نسبت خراج کے بننے کا زیادہ امکان ہوتا ہے، کیونکہ صادق بیضی خراج کی نسبت منتقیح بیضی دویرے بہت زیادہ کثرت کے ساتھ دیکھنے میں آتے ہیں مگر منتقیح دویری سلعہ کی سرائت لازمی طور پر انبوبی الاصل نہیں ہوتی۔ بعض اوقات بیضی دویرہ رودہ سے متماس ہو جاتا ہے، اس پر دباؤ ڈالتا ہے، اور اس سے سرائت زدہ ہو کر حوضی التہاب باریطون پیدا کر دیتا ہے۔ بیضی دویروں سے مصلیہ (serosa) کا التہاب ان کے سرائت زدہ ہونے یا ان کے پانچہ میں بل پڑنے یا دوران
273 وضع حمل میں ان کے ضرر رسیدہ ہونے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ بعض اقسام کے سلعات، مثلاً حلیمی دویرہ (papillary cyst) اور مسخوطی سلعہ (teratoma) کم و بیش وسیع التہاب باریطون کے نشانات کے بغیر شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتے ہیں، اور خبیث بیضی اور انبوبی بالیدگی ہر ایک قسم، اور نیز لیوٹینی اور درون رحمی دموی سلعات (endometrial hæmatomata) پر بھی یہی صادق آتا ہے۔ لیفیوں (fibroids) سے عموماً التہاب باریطون پیدا نہیں ہوتا، مگر ان کا میلان تنخز کی طرف زیادہ ہوتا ہے،

اور جب کسی متنخر لیفیہ کے ساتھ التہاب انبوبہ موجود ہوتا ہے تو یہ بیبیض کی طرح سرائت زدہ ہوجاتا ہے، اور التہاب باریطون کا ایک مستقل منبع بن جاتا ہے۔

حاد رحمی سرائیتیں ۔ اس امر کا پہلے بھی ذکر کیا جاچکا ہے کہ جب کبھی کوئی عفونتی سرائت اسقاط، کامل المیعاد وضع حمل، یا تناسلی خطہ پر عملیہ کرنے کے بعد واقع ہوتی ہے تو اس سے عمومی حوضی التہاب باریطون پیدا ہوسکتا ہے۔ ان میں سے بعض حالتوں میں التہابِ باریطون محدود المقام رہتا ہے، اور ڈگلس کی جیب میں ایک دوبرہ بند خراج بن جاتا ہے۔ اکثر اوقات منتشر حوضی تقیح واقع ہوجاتا ہے جو بہت قشی قسم کا ہوتا ہے، اور باریطون اور انصالی بافت دونوں کو ماؤف کردیتا ہے۔ یہ بہت جلد مہلک ثابت ہوتا ہے۔

حوضی خلوی التہاب (Pelvic Cellulitis)-حوضی خلوی التہاب یا "نزد رحمی التہاب" (parametritis) (دیکھو صفحات 276 تا 282) حوضی التہاب باریطون کے بعد ثانوی طور پر رونما ہوسکتا ہے، اور اس کا عکس بھی اتنا ہی صحیح ہے خاص کر جبکہ قبل الذکر عارضہ میں پیپ پیدا ہوگئی ہو اور خراج بن چکے ہوں۔

درنہ (Tubercle)-اضافی اہمیت کے لحاظ سے درنہ حوضی باریطون کی سرائت کا تیسرا جرثومی سبب تصور کیا جاسکتا ہے، اور اس کے دوسرے دو اہم اسباب عفونت (sepsis) اور سوزاک ہیں۔ درنہ اور حوضی التہاب باریطون کے درمیانی تعلق کا مطالعہ کرنے کے لئے طالب علم کو زنانہ اعضائے تناسل کے تدرن کا بیان (صفحہ 305) دیکھنے کی ہدایت کی جاتی ہے۔

حوضی قیلہ دمویہ (Pelvic Hæmatocele)-گرد انبوبی اور نزد انبوبی قیلہ جات دمویہ اس فعل کی مثالیں ہیں جو التہابِ باریطون ایک محافظ عامل کی حیثیت سے سرانجام دیسکتا ہے۔ وہ کاذب کیسہ جو مقدارِ نزف کو محدود کردیتا ہے، اور خون کو عمومی کہفۂ باریطون سے علیحدہ رکھکر بند کردیتا ہے انضمامی التہابِ باریطون ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ انتشاری قیلۂ دمویہ کے ساتھ التہاب باریطون بھی موجود ہوتا ہے، جس کا رجحان ترب اور امعاء کی ان گنڈلیوں کے درمیان جو حوضی گڑھے میں موجود ہوتی ہیں، انضمامات پیدا کرنے سے خون کی دعابدری کو محدود کرنے کی طرف ہوتا ہے۔

حوضی دروں رحمیت (Pelvic Endometriosis)- اس امر کا ذکر کسی آئندہ باب میں کیا جائے گا کہ دورانِ حیض میں فلوپی نلیوں کے ساتھ ساتھ دروں رحمی خلیات کی بازروی واقع ہوسکتی ہے' اور مبیض یا حوضی باریطون پر ان کے پیوند لگ سکتے ہیں۔ ایسے اصابات میں مبیض بہت گھنے انضمامات میں ملفوف پایا جاتا ہے' اور اس سے تکوینی حوضی التہاب باریطون کے محافظ خاصہ کی ایک اور مثال دستیاب ہوتی ہے۔ ڈگلس کی جیب کے باریطون پر جو دروں رحمی پیوند لگ جاتے ہیں ان پر یہ بھی یہی صادق آتا ہے۔

التہاب زائدہ (Appendicitis)- عورت میں زائدہ دودیہ اکثر اوقات حوض میں واقع ہوتا ہے' اور نسائی امراض سے اس کا ایک قریبی تعلق ہے (دیکھو صفحہ 337)۔ لہٰذا یہ ضروری ہے کہ حوضی التہاب باریطون کے کسی اصابہ کے متعلق تحقیقات کرتے وقت ماؤف زائدہ کی موجودگی کے امکان کو یاد رکھا جائے۔ یہ ایک حقیقت ہے کہ اس عضو کا دائیں فلوپی نلی اور مبیض سے منضم پایا جانا قلیل الوقوع نہیں' اور یہ دائیں جانب کے انبوبی مبیضی التہاب (salpingo-oöphoritis) کے عام ترین اسباب میں سے ایک ہے (دیکھو شکل ۴۹۳' صفحہ 629)۔ نیز یہ حامل رحم سے بھی منضم پایا گیا ہے' اور اس حالت میں رحم کے سرائت زدہ ہونے کا خطرہ معتدبہ ہوتا ہے۔

امراضیات۔ حالتِ التہاب میں باریطون دھندلا' خشک' اور کسی قدر کھردرا ہوتا ہے' اور لمف کے تودے اس کی سطح سے چپکے ہوتے ہیں جن سے انضمامات پیدا ہوجاتے ہیں۔ مکرر حملوں کے بعد ایسے انضمامات دکھائی دیتے ہیں جن میں ان کے لیفی یافتہ میں منتقل ہونے کے مختلف مدارج دیکھنے میں آتے ہیں (دیکھو سرتصویر ۱)۔ مصلی انصباب التہاب باریطون کا ایک اور خاصہ ہے۔ مصل ڈگلس کی جیب میں جمع ہوجاتا ہے جہاں یہ انضمامات کی وجہ سے بند ہوجاتا ہے۔ نیز یہ انضمامات کے درمیان بھی پایا جاتا ہے اور اس سے ایسے اورام بنجاتے ہیں جو صادق دویروں کے مشابہ 274
ہوتے ہیں۔ موخر الذکر حالت کو ذویرہ بند مصلی گرد رحمی التہاب (encysted serous perimetritis) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ مصلی انصباب میں عام طور پر لمف میں تیرتے ہوئے گالے پائے جاتے ہیں۔ حاد حوضی التہاب باریطون کے ہر اصابہ میں

مصلی انصباب موجود ہوتا ہے، لیکن جب التہاب مزمن درجہ تک پہنچ جاتا ہے تو سیال بجذب بھی ہوجاتا ہے۔ مگر جو اجتماعات انضمامات کے درمیان دویرہ بند ہوجاتے ہیں وہ باقی بھی رہتے ہیں، اور ان سے کاذب دویرے طیار ہوجاتے ہیں جن کی جسامت مٹر کے دانہ سے لیکر ایک بڑے رنگترے تک ہوتی ہے۔

چونکہ حوضی التہاب باریطون التہاب انبوبہ سے پیدا ہوتا ہے، اس لئے سب سے گھنے انضمامات اکثر نلی کے شکمی سرے پر ہی پائے جاتے ہیں (دیکھو سر تصویر)، لیکن التہاب زائدہ کے اصابات میں انضمامات اس مقام پر سب سے زیادہ گھنے ہوتے ہیں جہاں زائدہ واقع ہوتا ہے۔

جب سرایت زیادہ قشبی ہوتی ہے تو ثانوی التہاب باریطون سے یا تو دروں باریطونی خراج پیدا ہوتا ہے، اور یا شاذ حالتوں، مثلاً قشبی نفاسی عفونت میں، عمومی تقیحی التہاب باریطون رونما ہوتا ہے۔ دروں باریطونی یا گردرحمی خراجات یا تو مجرد ہوتے ہیں اور یا متعدد۔ چونکہ تقیحی انبوبی التہاب (salpingitis purulenta) میں نلیاں اس طرح واقع ہوتی ہیں کہ ان کے شکمی دہنے عام طور پر ڈگلس کی جیب کے حصۂ زیرین میں پائے جاتے ہیں اس لئے یہ کہفہ پیپ کا ایک مخزن بن جاتا ہے، اور یہی جگہ ہے جہاں دروں باریطونی خراج اکثر پیدا ہوتا ہے۔ بعض اوقات پیپ کا اجتماع نلی کے شکمی دہنہ کے اردگرد ہوتا ہے، اسے گردانبوبی قیلہ قیحیہ (peritubal pyocele) کے نام سے تعبیر کیا گیا ہے، اور گردانبوبی قیلہ دمویہ سے اس کا مقابلہ کیا جاسکتا ہے۔ انبوبی قیحی تاجیہ کے تقرح سے اس مقام پر دروں باریطونی خراج بن سکتا ہے جہاں سے پیپ نلی سے رس کر باہر آگئی ہو۔ بعض اوقات کسی بیضی دویرہ کے ایک خانہ میں تقرح واقع ہوجاتا ہے، اور اس حالت میں دروں باریطونی خراج کی جگہ انبوبی بیضی خراج پیدا ہوجاتا ہے۔

چھوٹے چھوٹے دروں باریطونی خراج خشک ہوکر غائب ہوجاتے ہیں، اور بڑے بڑے خراجات کا حمر یا تو شدید ہوتا ہے اور یا یہ مخفی (latent) رہتے ہیں، اور ان سے بہت کم علامات پیدا ہوتے ہیں۔ موخرالذکر میں دیوار خراج کے متقرح ہونے اور مشمولات کے حوضی قولون میں خارج ہونے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ کبھی کبھی پیپ مثانہ یا مہبل میں نکل آتی ہے۔ اور شاذ شاذ مثالوں میں یہ یا تو کہفہ باریطون میں

پھوٹ نکلتی ہے، اور پیا دپیوا ب شکم سے گذر کر باہر آجاتی ہے۔

علامات۔ حوضی التہاب باریطون شدید مقامی درد سے شروع ہوتا ہے، جس کے ساتھ ارتفاع تپش موجود ہوتا ہے، نبض تیز ہوتی ہے، اور اکثر اوقات قے بھی پائی جاتی ہے۔ اس کے بعد شکم میں تمدد پیدا ہوجاتا ہے جو یا تو عمومی ہوتا ہے اور یا مقامی۔ شدید درد بعض اوقات چند گھنٹوں تک رہتا ہے اور اس کے بند ہونے پر ماؤف حصّوں پر الیمیت باقی رہ جاتی ہے۔ حاد حملے کے دوران میں مریضہ چت لیٹی رہتی ہے اور اسکے گھٹنے اوپر اٹھے رہتے ہیں۔ شکم کا نیچے کا حصہ استوار اور الیم ہوتا ہے، اور اس میں تطبل پایا جاتا ہے کیونکہ متمدد امعاء میں ریح موجود ہوتی ہے۔ انتشاری عفونتی التہاب باریطون کی حالتوں کے علاوہ قشعریرے عام طور پر نہیں پائے جاتے۔ بعض اوقات قشعریرہ انبوبی اجتماع ریم (pyosalpinx) یا اخراج بیض کے انشقاق پر بھی دلالت کرتا ہے۔ قبض، عسیر تبرز (dyschesia)، اور عسر البول (dysuria) بھی پائے جاتے ہیں۔ مزمن مریضوں میں وجع الحیض (menorrhalgia)، کثرت طمث، وجع العصعص (sacralgia) اور کام کرنے کی ناقابلیت نمایاں علامات ہوتے ہیں۔ درد کے متوالی یا تحت الحاد یا حاد حملوں کا بھی ہمیشہ امکان ہوتا ہے، اور یہ حملے تقیح کے کسی نہ کسی ماسکہ کی موجودگی کی واضح دلیل ہوتے ہیں جس کا پتہ وقفوں میں تپش سے نہیں چلتا۔ حوضی التہاب باریطون کے علامات کی شدت کا درجہ ان علامات کے درمیان درمیان ہوتا ہے جن سے ایک طرف تو مریضہ بستر پر پڑی رہتی ہے اور بہت لاغر ہوجاتی ہے، اور دوسری طرف اسے درد حوض کے حملوں سے صرف گاہے گاہے ہی تکلیف ہوتی ہے۔

اگرچہ بہت زیادہ الیم نہ ہوں تو جہبل کا امتحان کرنے پر اس کا موخر قبوہ ایک وسطانی پس رحمی ورم سے جو رحم کو اگلی طرف کو دھکیل دیتا ہے بعض اوقات متخفض پایا جاتا ہے۔ درجۂ حاد میں جانبی اورام کی عموماً شناخت نہیں کی جاسکتی۔ لیکن حدت
275 فرو ہوجانے پر معدہ جس کے زیر اثر قرن الرحم کی طرف کو جاتے ہوئے متطاول اورام شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ اس قسم کے جانبی اورام باہم پیوستہ نلیوں اور بیضوں کو ظاہر کرتے ہیں (دیکھو سر تصویر)۔ ان انبوبی بیضی تودوں کی شکل اور جسامت مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ جانبی قبووں کو متخفض کر دیتے ہیں اور یا یہ

حوض سے اوپر اٹھ جاتے ہیں، اور جب پیپ کے بڑے بڑے تاجے موجود ہوتے ہیں تو یہ ناف کی بلندی تک پہنچ جاتے ہیں۔ شدید حملہ کے گذرنے کے جلد بعد جب امتحان کیا جاتا ہے تو ملحقاتی ساختیں اپنے اردگرد خلوی التہابی ارتشاح (cullulitic exudation) کے موجود ہونے اور نیز دیوار ہائے انبوبہ میں تہبجی دبازت کے پائے جانے کی وجہ سے سخت اور بستہ پائی جاتی ہیں۔ یہ سختی کچھ عرصہ میں رفع ہو جاتی ہے اور زوائد کے صحیح حدود زیادہ واضح ہو جاتے ہیں۔ اس حالت میں پیپ کے تاجیہ میں ایک نمایاں تموج پیدا کیا جا سکتا ہے۔

تشخیص۔ التہابی ضررات کی تشخیص کی بحث، اور گرد رحمی التہاب (perimetritis) اور نزد رحمی التہاب (parametritis) کے درمیان کے ممیز سریری خصائص کے لئے طالب علم کو حصہ چہارم (صفحات 758 تا 764) کا مطالعہ کرنا چاہیئے۔

انذار۔ شدید حملہ کے گذر جانے کے بعد التہابِ باریطون کے عود کرنے کا احتمال ہوتا ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ نلی یا مبیض میں یا باریطونی انضمامات کے درمیان بعض اوقات پیپ کا کوئی ماسکہ باقی رہ جاتا ہے۔ اس لئے حوضی التہابِ باریطون کو ضرور ایک خطرناک مرض تصور کرنا چاہیئے، جو شاذ و نادر ہی مکمل طور پر رفع ہوتا ہے۔ اس کا رجحان صحت کی مزمن خرابی پیدا کرنے اور مریضہ کو جسمانی محنت کے ناقابل بنا دینے کی طرف ہوتا ہے۔ اس کا ایک عام نتیجہ یہ ہے کہ امعاء کے طبعی فعل میں خلل آجاتا ہے، اور اس سے جو انضمامات بن جاتے ہیں وہ بعض اوقات اتنے کثیف بھی ہوتے ہیں کہ ان سے حاد معوی سدد پیدا ہو جاتا ہے۔ صرف شاذ و نادر حالتوں میں حوضی التہابِ باریطون مکمل طور پر رفع ہوتا ہے۔

علاج۔ محرز۔ حوضی التہابِ باریطون کے عام ترین اسباب میں سے ایک سبب سوزاک ہے۔ اسلئے حفظ ماتقدم کا انحصار اس مرض کی جلد تشخیص کرنے اور نہایت محنت سے اس کا علاج کرنے پر ہے (دیکھو صفحہ 232)۔ غیر سوزاکی حالتوں میں حفظ ماتقدم دورانِ ولادت و جراحی میں شدید عدم عفونت کا انتظام کرنے پر مشتمل ہے۔ جب مرض ایک دفعہ جڑ پکڑ لے تو مریضہ کو اس کے مکرر حملہ کے خطرہ سے آگاہ کر دینا چاہیئے کیونکہ یہ دورانِ حیض میں سردی لگنے اور حد سے زیادہ تکان کے بعد عود کر آتا ہے۔

فعلِ امعاء کی طرف توجہ دینا نہایت ضروری ہے اور اسکی وجہ ظاہر ہے۔

طبی۔ حاد حملہ کے دوران میں بستر پر آرام کرنا ضروری ہے۔ ابتدائی درد کیلئے مسکّن علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ ½ گرین مارفیا (morphia) یا ہیروئین (heroin) دی جاسکتی ہے، تکمیدات اور "اینٹی فلوجسٹین" (ăntiphlogistinĕ) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، اور تمدد شکم حقنہ کے ذریعہ سے رفع کیا جاسکتا ہے۔ اگر ممکن ہو تو حوضی التہاب کے حملہ کے دوران میں مسہلات کے استعمال سے احتراز کرنا چاہئے مگر بالحات (salines) دئے جاسکتے ہیں۔ اگر نبض کمزور اور متوقف ہو تو الکحل کا استعمال کرایا جاسکتا ہے۔

جراحی۔ سوائے حاد التہاب زائدہ کے جراحی مداخلت کو اس وقت تک ملتوی رکھنا بالعموم زیادہ قرین عقل ہوتا ہے جب تک کہ حوضی التہاب باریطون کا شدید حملہ گذر نہ جائے۔ مگر اس امر کا اطلاق بہت حاد عفونتی حالتوں پر نہیں ہوتا جن میں اس مداخلت کا خطرہ برداشت کرنا ہی پڑتا ہے۔ اگر ڈگلس کی جیب میں ایک تنیدہ ورم بن جائے تو اسے موخر مہبل شگافی (posterior colpotomy) (دیکھو صفحہ 860) سے فوراً خالی کر دینا چاہئے۔ یہی اس ورم پر بھی عائد ہوتا ہے جو شکم کے حصۂ زیرین میں واقع ہو اور تیزی سے بڑھ رہا ہو، کیونکہ ممکن ہے کہ یہ منتیج بیضی دوبرہ یا دروں باریطونی خراج ثابت ہو۔ کم حاد اور مزمن اصابات پر فرداً فرداً غور کرنا چاہئے۔ اس قسم کے کئی ایک اصابات کا علاج آرام اور عمدہ تیمارداری سے کیا جاسکتا ہے۔

اگر پہلے حاد حملہ کے بعد سوائے ایسے ورم کے جو مزمن انبوبی بیضی التہاب پر دلالت کرتا ہو اور کچھ محسوس نہ کیا جائے اور پیپ کے موجود ہونے کی کوئی شہادت موجود نہ ہو تو عملیہ کی ضرورت نہیں ہوتی۔ یہ ایک تعجب خیز امر ہے کہ غیر جراحی علاج سے کافی بڑے التہابی اورام کچھ عرصہ کے بعد دب جاتے ہیں اور سریری طور پر غائب ہوجاتے ہیں۔ اور یہ ثابت کرنے کے لئے بھی شہادتیں موجود ہیں کہ عملیتی ذرائع کی نسبت طبی طریقہ سے علاج کرنے سے مریضوں کی زیادہ فی صدی تعداد میں فعلیاتی وظائف از سرنو قائم ہو جاتے ہیں جیسا کہ استقرار حمل سے ظاہر ہوتا ہے۔ متوالی حملوں پر مختلف نقطۂ نظر 276
سے غور کرنا چاہئے، اور ممکن ہے کہ صحت یابی کے لئے ملتہب انبوبی بیضی تودہ کا استیصال ضروری ہو۔ مگر ورم کے استیصال کو ناگزیر تصور کرنے سے پہلے بستر پر آرام کراتے،

نطولات، ملینات، حقنوں اور گرم ہوائی غسلوں کے ذریعہ سے اس کی جسامت میں تخفیف کرنے کے لئے ہر ایک کوشش کر لینا چاہیئے۔ اگر التہابی تودہ کی جسامت تخفیفی ذرائع سے کم نہ ہو تو اس قسم کے نتیجہ پر پہنچنا ضروری ہوتا ہے۔ مزاولت دار الشفا میں جراح اکثر اوقات مریضہ کو حتی الامکان جلد تندرست کرنے کی ضرورت سے عملیہ کرنے پر مجبور ہو جاتا ہے، کیونکہ متعلقین کی پرورش کی ذمہ دار وہی ہوتی ہے۔ خانگی مزاولت میں ملحقاتی التہاب کا ایک بہت بڑی حد تک حفاظتی علاج (conservative treatment) کیا جا سکتا ہے۔ (مزید تفصیل کے لئے دیکھو صفحات 647 تا 649)۔

اصابات کی ایک خاص تعداد میں ایسے علامات کے لئے عملیہ کرنا ضروری ہوتا ہے جو وسیع التصاقات مثلاً مثبتت پس گردیدہ رحم سے پیدا ہوئے ہوں۔ ایسی حالتوں میں وضع رحم کو براستہ مہبل بذریعہ فرزجہ از سر نو درست کرنے کی کوشش کرنا صریحاً ایک خطرناک عمل ہوتا ہے۔ لیکن اگر رحم کو التصاقات سے آزاد کر دیا جائے اور ان جراحی طریقہ ہائے کار میں سے کسی ایک سے، جو رحم کی خلقی غیر وضعیتوں کو درست کرنے کے لئے مستعمل ہیں (دیکھو صفحات 828 تا 888)، اسے اپنی وضع پر قائم کر دیا جائے تو علامات میں تخفیف ہونے کی توقع کی جا سکتی ہے۔ عملیاتی ذرائع سے عقم کا علاج کیا جا سکتا ہے بشرطیکہ نلیاں منفتح رہیں۔

حوضی خلوی التہاب

(PELVIC CELLULITIS)

(مترادفات۔ نزد رحمی التہاب: Parametritis، التہاب عروق لمف: Lymphangitis)

یہ حالت ان اہم ترین مقامی ضررات میں سے ہے جو نفاسی سرایت سے پیدا ہوتے ہیں۔ زمانۂ نفاس کی ایک پیچیدگی ہونے کے لحاظ سے یہ ایک حاد سرایتی مرض ہے جو عنق رحم کی، یا زیریں رحمی قطعہ، یا مہبل کی وریدگیوں سے پیدا ہوتا ہے۔ اگر ایسے ضررات سرایت زدہ ہو جائیں تو ہم پہلو بافتوں میں ایک قسم کا ابتدائی التہاب عروق لمف (lymphangitis) پیدا ہو جاتا ہے، اور اسی حالت کو فرکو (Virchow)، میتھیوز ڈنکن (Mathews Duncan) اور دوسروں نے

صحفہ ۱۱



حوض کے خلوی التہابی ارتشاح (Cellulitic Exudation) (نزدرحمی التہاب :Parametritis) میں سے تراش۔ (وضعِ حمل کے سات ہفتہ بعد)۔ عروق کے نمایاں احتقان اور خلوی بافت کے اندر کے نزفِ کثیر کو غور سے دیکھا جائے۔ ایک بڑی سی شریان (ا) میں علقہ (ع) موجود ہے۔

مقابل صفحہ 276

"نزورحمی التہاب" (parametritis) کے نام سے تعبیر کیا تھا۔

قبالتی تصرفات سے الگ بھی ابتدائی حاد خلوی التہاب حوض میں واقع ہوتا ہے۔ ان جراحی عملیوں سے جو عنق پر کئے جائیں اور جن میں دافع عفونت احتیاطوں کا کماحقہ خیال نہ رکھا جائے، اور یا جو سرائت زدہ تنخر لیفیوں کے دور کرنے کے لئے کئے جائیں خلوی التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ گاہے گاہے اس کی ابتدا مستقیمی قرحہ (rectal ulcer) سے التہاب عروق لمف کے پھیل جانے سے بھی ہو جاتی ہے جس سے گرد مستقیمی انصالی بافت میں فلغمون پیدا ہو جاتا ہے، اور اس حالت کا عنق کے وسیع سرطان کے ساتھ پایا جانا قلیل الوقوع نہیں۔

اس باب میں زیادہ تر ذکر حوضی خلوی التہاب کی اسی ابتدائی قسم کا کیا گیا ہے، لیکن یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ حوضی خلوی التہاب کے مختلف مدارج جو شدت میں مختلف ہوتے ہیں حوضی التہاب یاریطون سے نتیجۃً پیدا ہو سکتے ہیں اور انبوبی بیضی التہاب میں بطور لازمہ (accompaniment) موجود ہوتے ہیں۔ ایسے اصابات میں التہاب خلوی ایک ثانوی حالت ہوتا ہے۔ اور سریری نقطۂ نظر سے بھی اس کی اہمیت ثانوی ہی ہوتی ہے، اور جس مرض سے خلوی التہاب پیدا ہوتا ہے وہی غالب اور اولین عامل ہوتا ہے۔

277 **تشریح** ۔ حوض کی خلوی بافت اور اس کے عروق لمف کی تقسیم کے بیان کے لئے صفحات 11 و 67 کو دیکھنا چاہئے۔ خلوی بافت کی تشریحی تقسیم کو بخوبی سمجھنے کے بغیر اس مرض کے بیان کا بخوبی سمجھ میں آنا ناممکن ہے۔

مندرجۂ ذیل تشریحی نکات کا تکرار بیجا نہ ہوگا:—

(۱) خلوی بافت نہ صرف عروق خون کے ارد گرد موجود ہوتی ہے بلکہ اس سے ان کے غلافات بھی بنتے ہیں، لہٰذا خلوی التہاب (cellulitis) حوض سے شروع ہو کر گرد وعائی عروق لمف کے راستہ سے خارج الحوض مقامات تک پہنچ سکتا ہے جہاں سے بڑے بڑے عروق کی ابتدا ہوتی ہے۔

(۲) حوض کی خلوی بافت بقیہ جسم کی خلوی بافت سے مسلسل ہے، اور اس لئے حوضی الاصل خلوی التہاب کا انتشار عروق لمف کے تسلسل کے ذریعہ سے

دیگر رقبہ جات تک ہو سکتا ہے جو حوض کے ہم پہلو ہیں۔

(۳) خلوی بافت باریطون کے عین نیچے واقع ہوتی ہے۔ اس لئے حاد ابتدائی خلوی التہاب سے ثانوی التہاب باریطون لازمی طور پر پیدا ہو جاتا ہے، اور ابتدائی التہاب باریطون ماتحت خلوی بافت کو ثانوی طور پر ماؤف کر دیتا ہے۔

(۴) حالب کے ساتھ بھی خلوی بافت کا وہی تعلق ہوتا ہے جو اس کا عروق خون کے ساتھ ہوتا ہے، اسلئے خلوی التہاب اس قنات کے ساتھ ساتھ راستہ بنا کر عین اسی طرح گرد کلوی خطہ تک پہنچ سکتا ہے، جس طرح یہ بڑے بڑے عروق خون کے ساتھ ساتھ چلتا ہوا ران کی اگلی طرف اور سرین تک پہنچ سکتا ہے۔

(۵) خلوی بافت فوق مہبلی عنق کو مکمل طور پر محصور کرتی ہے، مگر اس جگہ سے یہ بالکل غائب ہوتی ہے جہاں باریطون جسم رحم کو پوشیدہ کرتا ہے۔ لہذا جب کبھی کوئی عنقی تضرر سرائت زدہ ہو جائے تو ابتدائی خلوی التہاب کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے، مگر ان تضررات کی ابتدائی بلا واسطہ سرائت سے اس کے پیدا ہونے کا احتمال نہیں ہوتا جو جسم رحم تک ہی محدود ہوں۔

(۶) جو خلوی بافت سقف مہبل اور باریطون کے درمیان واقع ہوتی ہے اس کی دبازت عام طور پر ایک تہائی انچ ہوتی ہے۔ دوران حمل میں اس میں بے حد اضافہ ہو جاتا ہے، مثلاً رباطات عریض میعاد حمل کے ختم ہونے پر حوضی گگر کے اوپر واقع ہوتے ہیں اور باریطون نیچے کی طرف حوض کے جانبی حصوں تک بالکل نہیں پہنچتا۔ حوضی خلوی فضا کی وسعت میں جو زیادتی دوران حمل میں عمل میں آتی ہے اس کا صحیح اندازہ یہ یاد رکھنے سے بخوبی ہو سکتا ہے کہ جب کبھی رحم کے قطعہ زیریں میں انشقاق واقع ہو جاتا ہے تو مشیمہ اس میں گذر کر اس فضا میں سما جاتا ہے، اور نیز باریطون کو کھولنے کے بغیر اسی دفعہ میں سے عملیہ قیصریہ (Cæsarean section) سر انجام دیا جا سکتا ہے۔ انفصالی بافت میں جو کثیر اضافہ حالت حمل میں واقع ہو جاتا ہے وہ سریری نقطۂ نظر سے بہت عظیم الاہمیت ہے۔

بحث اسباب۔ عام ترین سرائتی عامل ریم زا نبقۂ سبحیہ (streptococcus pyogenes) ہے جو نبقات عنبیہ (staphylococci) اور

نبقاتِ سوزاک (gonococci) یا عصیۂ قولون (colon bacillus) کے ساتھ پایا جاتا ہے اکیلے نبقاتِ سوزاک سے حاد خلوی التہاب پیدا نہیں ہوتا۔

اِس عارضہ کا ایک سبب معتدہ بافتوں کی قوتِ مزاحمت کی کمی ہے جو دورانِ حمل یا عملیہ میں کوفتگی کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔جراثیم کے داخل ہونے کا عام ترین محل عنق اور مہبل کے بالائی حصہ کی وریدگیاں ہیں جو بالعموم آلاتی ولادت یا گردانی (version) سے پیدا ہوتی ہیں، لیکن بعض اوقات یہ وضع حمل ذاتی (spontaneous labour) کے دوران میں بھی پیدا ہو جاتی ہیں۔جب اسقاط کے بعد سرائیت پیدا ہو جائے تو ابتدائی حاد خلوی التہاب کے واقع ہونے کا احتمال نہیں ہوتا، کیونکہ عنقی اور مہبلی وریدگی کے پیدا ہونے کا خطرہ کم ہوتا ہے، اور نیز خلوی بافت کی مقدار اس مقدار کے مقابلہ میں بہت کم ہوتی ہے جو اختتامِ میعادِ حمل پر موجود ہوتی ہے۔جن شکمی عملیوں میں حوض میں وسیع گہری تقطیع کی ضرورت ہوتی ہے خاصکر جبکہ وہ سرطانات کے لئے کئے جائیں، ان سے حاد خلوی التہاب کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے، اور جیسا کہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے ایسے مہبلی عملیوں کے بعد جن میں عفونتی دروں رحمی بالیدوں کے لئے عنق کو متسع کرنا لازمی ہوتا ہے اسی قسم کا مقامی حوضی التہاب پیدا ہو سکتا ہے۔

حوضی التہاب باریطون کے مقابلہ میں ابتدائی حوضی خلوی التہاب زیادہ 278
شاذ مرض ہے۔

امراضیات۔جراثیم کے عروقِ لمف میں داخل ہو جانے کے بعد بافتیں خون اور خلیاتِ ابیض سے دررسختہ ہو جاتی ہیں (دیکھو صفحہ ۱۱)۔اس درجہ کے فوراً بعد مصلی فائبرینی ارتشاح بکثرت پیدا ہونا شروع ہو جاتا ہے، اور سرائیت زدہ رقبہ متہیج ہو جاتا ہے۔اس طرح جو ورم طیار ہوتا ہے وہ پہلے نرم ہوتا ہے، لیکن بہت جلد بعد یہ متصلب ہو جاتا ہے جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ بافتوں میں خون منجمد ہو جاتا ہے، اور وریدوں میں طلقیت پیدا ہو جاتی ہے، اور لمف مروّب ہو جاتا ہے۔اس کے بعد اس میں سختی نمودار ہو جاتی ہے جو تقریباً غضروف کی سختی کی سی ہوتی ہے۔فائبرینی ارتشاح پہلے پہل رباطِ عریض کے قاعدہ میں عفونت زدہ عنقی یا مہبلی وریدگی کے متصل محسوس کیا جاتا ہے، جہاں یہ بعض اوقات بہت وسیع بھیانی تودہ کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔

جب مرض پھیلنا شروع ہوتا ہے تو ارتشاح بالعموم مقدم جانبی حوضی دیوار کی طرف بڑھتا ہے، اور مقدم جانب پر پوپارٹ کے رباط کے اوپر اور جانب پر حرقفی حفرہ (iliac fossa) میں ایک متصلب تودہ کی شکل میں محسوس کیا جا سکتا ہے۔ پچھلی طرف یہ رحمی عجزی شکن کے ساتھ ساتھ بڑھتا ہوا نزد مستقیمی اتصالی بافت تک بھی پہنچ جاتا ہے، اور جیسا کہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے یہ اپنا راستہ حالب کے ساتھ ساتھ طے کرتا ہوا صلب (loin) تک پہنچ جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۴۳ و ۱۴۴)، اور عروق خون کے ساتھ یہ عظیم عجزی نسائی کٹاؤ (great sacrosciatic notch) اور ساقی قنال (crural canal) اور سوراخ سادّ (obturator foramen) میں سے باہر گذر جاتا ہے۔ انجام کار یہ ارتشاح ریٹزیئس کے کہفہ (cavum Retzii) سے لیکر منطمس زیر معدی عروق خون (obliterated hypogastric vessels) کے ہمراہ اور یوریکس (urachus) کے ساتھ ساتھ اوپر کی جانب ناف کی طرف پھیل سکتا ہے۔ اس قسم کی بیرونی حوضی توسیع بعید نزد رحمی التہاب (remote parametritis) کے نام سے موسوم ہے۔ ایسی توسیعات میں تقیح قلیل الوقوع نہیں (دیکھو شکل ۱۴۷)۔

بعض اوقات التہابی ارتشاح مکمل طور پر جذب ہو جاتا ہے اور آخر کار بالکل غائب ہی ہو جاتا ہے، اور بافتوں کو نقصان پہنچنے کا کوئی نشان باقی نہیں رہتا۔ زیادہ شدید حالتوں میں تقیح نمودار ہو جاتا ہے جس سے حوضی خراج پیدا ہو جاتا ہے۔ کہفۂ خراج بالعموم ایک ہی ہوتا ہے لیکن تقیح کے متعدد مسکات بھی پائے جا سکتے ہیں۔ ابتدائی حوضی خلوی التہاب کی حاد قسم میں ران کی وریدوں میں علقی وریدی التہاب (thrombo-phlebitis) کے واقع ہونے کا خوف ہوتا ہے جس سے فلغمونِ ابیض مولم (phlegmesia alba dolens) پیدا ہو جاتا ہے۔

مزمن حوضی خلوی التہاب حاد ابتدائی مرض کے عاقبہ کے طور پر کبھی پیدا نہیں ہوتا۔ یہ التہاب باریطون (peritonitis) اور انبوبی بیضی التہاب (salpingo-oöphoritis) کی پیچیدگی کی شکل میں پایا جاتا ہے، اور بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ سرائت زدہ نلی اور بیض خلوی ارتشاح سے اس طرح گھر جاتے ہیں کہ ابتدائی ضرر سریری طور پر شناخت نہیں کیا جا سکتا تاوقتیکہ اتصالی بافت کا تصلب دور نہ ہو جائے۔

اس بارے میں اختلافِ آرا موجود ہے کہ آیا یہ ثانوی خلوی التہاب برقرار رہتا ہے یا نہیں، بعض اربابِ سند کا یہ خیال ہے کہ یہ برقرار رہتا ہے' اور نیز ایک لیفی بافت بھی طیار ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے اوپر کے باریطون میں شکنیں پڑ جاتی ہیں اور یہ منقبض ہو جاتا ہے۔ اور بعض کو مزمن حوضی خلوی التہاب کے وجود ہی سے قطعی انکار ہے۔ بعض مؤلفین ایک مزمن قسم کے حوضی خلوی التہاب کی طرف توجہ دلاتے ہیں جو گا ہے گا ہے ڈگلس کی جیب کے نیچے پایا جاتا ہے' اور جس کے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس کی ابتدا سرائت کے مستقیمی دیوار میں سے گذرنے سے ہوتی ہے۔ اس مرض میں زیادہ ارتشاح شاذ و نادر ہی پیدا ہوتا ہے' لیکن چھوٹے چھوٹے سخت تودے پائے جاتے ہیں جن کے ہمراہ ڈگلس کی جیب کے شکنوں میں دبازت بھی دیکھنے میں آتی ہے۔ اس سے ڈگلس کی جیب میں بہت سا انداب اور انقباض پیدا ہو جاتا ہے' اور ایسے مزمن ذبولی نزد رحمی التہاب (parametritis chronica atrophicans) اور مؤخر کرہی نزد رحمی التہاب (parametritis nodosa posterior) کے ناموں سے تعبیر کیا گیا ہے۔ روبرٹ میئر (Robert Meyer) کے مطابق بعض اوقات سرحلمہ سے زائدے پیدا ہو کر منتصلب خلوی بافت کے اندر چلے جاتے ہیں' اور ان سے کاذب غدی اپیتھیات طیار ہو جاتے ہیں اور اس طرح مستقیمی تناسلی فضا کی دروں رحمیت (endometriosis) پیدا ہو جاتی ہے (دیکھو صفحہ 506)۔ یہ ممکن ہے کہ خلوی التہاب کی یہ قسم ڈگلس کی جیب کے باریطون میں سے دروں رحمی پیوندوں کے نقب لگانے سے شروع ہوتی ہے۔

279 **علامات**۔ زمانۂ نفاس کے دوسرے ہفتہ کے اختتام پر تپش میں زیادتی اور نبض میں تیزی واقع ہو جاتی ہے' اور ساتھ ہی شائد قشعریرہ بھی ہوتا ہے۔ درد اسکی امتیازی علامت نہیں۔ اور جب یہ موجود ہوتا ہے تو اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ باریطون بھی ماؤف ہو چکا ہے۔ جلد خشک اور تقشری ہوتی ہے۔ جب تقیح واقع ہو جاتا ہے تو لاغری دن بدن زیادہ ہوتی جاتی ہے' اور جلد ایک مخصوص مٹیالی زردی مائل رنگت اختیار کر لیتی ہے۔ جن علامات کی توقع کی جا سکتی ہے وہ عدم اشتہا (anorexia)، قبض' عسر البول' اور دماغی انخفاض ہیں۔ جب ارتشاح کا پھیلاؤ ان خلوی بافتوں کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے جو حرقفی خصری عضلہ (ilio-psoas) کے اوپر واقع ہوتی ہیں تو مریضہ ماؤف جانب کی

ٹانگ کو اوپر کھینچ کر لیٹتی ہے، تاکہ عضلۂ مذکور ڈھیلا رہے۔ اگر انحلال (resolution) واقع ہونے سے پیشتر اُس کو اٹھنے کی اجازت دی جائے تو وہ لنگڑائے گی، اور چلنے کیلئے جو کوشش کی جائے گی اس سے معتد بہ درد پیدا ہوگا۔ اس سے بعض اوقات ایسی مریضہ میں غیر متوقع ارتشاح کا انکشاف ہوجاتا ہے جس میں عمومی علامات خفیف سی قسم کے رہے ہوں۔

طبیعی امارات۔ امتحان کرنے پر مہبل گرم اور ایلیم پائی جائے گی، اور جانبی قبووں میں بڑے بڑے عروقِ خون کا نبضان بھی محسوس ہوگا۔ ممکن ہے کہ دیوارِ مہبل یا عنق میں کسی دریدگی کا انکشاف ہوجائے۔ یہ موخر الذکر میں زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے۔ حاد حوضی خلوی التہاب کے ابتدائی مدارج میں جبکہ ارتشاح مصلی ہوتا ہے اور بافتیں متہیج ہوتی ہیں ماؤف جانب میں صرف ایک خفیف سی مزاحمت ہی محسوس کی جاسکتی ہے۔ کئی ایک دن گذرنے کے بعد ارتشاح فائبرینی ہوجاتا ہے، اور اس حالت میں یہ عنق اور مہبل کے بالائی حصہ کے اردگرد ایک سخت، مزاحم اور ایلیم تودہ کی شکل میں حسّ پذیر ہوتا ہے۔ یہ تودہ پھیلتا ہوا رباطِ عریض کے قاعدہ میں پہنچ جاتا ہے، اور عنق کی تثبیت اور جانبی قبوے کا انخفاض پیدا کردیتا ہے۔ بعض اوقات یہ اتنا بڑا ہوتا ہے کہ رحم کو کسی قدر ایک جانب کو ہٹا دیتا ہے، مگر رحم کی جانبی غیر وضعیت کو جو اہمیت خلوی التہاب کی ایک ممیز امارات کے طور پر دی گئی ہے اس میں مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔ یہ شاذونادر ہی پائی جاتی ہے اور اس کی کوئی تشخیصی اہمیت نہیں۔ ایک اہم امر یہ ہے کہ اگرچہ ارتشاح عنق کے اردگرد ایک موٹے ایلیم، اور متصلب کالر کی شکل میں پھیل جاتا ہے، مگر یہ بالعموم مقابل کے رباطِ عریض میں دور تک نہیں جاتا۔ لہٰذا حوضی التہابِ خلوی کا ورم زیادہ تر یک جانبی ہوتا ہے۔

بہت وسیع السحدود ارتشاح کے طبیعی امارات اُس راستہ کے لحاظ سے مختلف ہوں گے جو یہ یک جانبی پھیلاؤ کے لئے اختیار کرے گا۔ عام ترین طور پر یہ پایا جاتا ہے کہ (۱) یہ ایک چوڑے اور سخت بند کی شکل اختیار کرلیتا ہے جو پوپارٹ کے رباط کے اندرونی حصہ سے اوپر اوپر جاتا ہے، (۲) زیادہ شاذ طور پر سختی عانہ کے اوپر محسوس کی جاتی ہے جہاں سے یہ خطِ وسطی میں ناف کی طرف بلند ہوتی چلی جاتی ہے، (۳) بعض اوقات ارتشاح حرقفی حفرہ (iliac fossa) میں موجود ہوتا ہے اور

مقدم حرقفی شوکہ (anterior iliac spine) کے لیول پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس نقطہ کے اوپر یہ پھر صلب میں ظاہر ہوسکتا ہے، جہاں بحالت تقیح ایک معتد بہ جسامت کا ورم بھی پایا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۳۔۱۷ و ۴۔۱۷)۔ (۴) بعض حالتوں میں ارتشاح رحمی عجزی شکنوں میں اور معائے مستقیم کے اردگرد محسوس کیا جاسکتا ہے جہاں مستفیقی امتحان پر یہ سخت، منفصل، نصف دائرہ، یا نعل نما تودہ کی شکل میں پایا جاتا ہے جو رودہ کی مقدم اور جانبی اطراف کو گھیرے ہوتا ہے۔ اس صورت حالات میں ڈگلس کی جیب خالی ہوتی ہے تاوقتیکہ التہاب باریطون بھی موجود نہ ہو۔ حرقفی حفرات اور کلوی خطہ کا باحتیاط امتحان کرنا چاہیئے، کیونکہ ممکن ہے کہ ان حصوں تک بھی ارتشاح پھیلا ہوا ہو (دیکھو شکل ۳۔۱۷)۔

تقیح واقع نہ ہونے کی صورت میں ارتشاح بتدریج جذب ہو جاتا ہے حتیٰ کہ اس کا کوئی نشان بھی نہیں پایا جاسکتا۔

خلوی التہابی خراج حوض (Cellulitic Pelvic Abscess)۔ حاد حوضی خلوی التہاب میں تقیح قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔ پیپ کی موجودگی نتیج کے موجود ہونے، جلد کی تنقیر (pitting)، رقبہ تقلب میں ایک نرم مقام کے پائے جانے، اور بعد میں ایک واضح
280 تموج (fluctuation) کے موجود ہونے سے ظاہر ہوتی ہے۔ جیسا کہ اصابات کی اکثریت میں پایا جاتا ہے ارتشاح حوض کے مقدم حصہ کی خلوی فضا میں بھرا ہوتا ہے، اور جب خراج طیار ہوجاتا ہے تو اس کا منہ باہر کی طرف بالعموم پوپارٹ کے رباط کے اندرونی نصف کے اوپر پھٹتا ہے، اور زیادہ شاذ طور پر یہ اس کے بیرونی حصہ پر بھی دیکھنے میں آتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے گرد کلوی خراج (perinephric abscess) بھی بن سکتا ہے جس کا منہ صلب (loin) پر ظاہر ہوتا ہے۔ سکارپا کی فضا (Scarpa's space) یا الوی خطہ میں خراج کے منہ کا ظاہر ہونا استثنائی حالتوں میں سے ہے۔ معالجہ کنندہ کو اس اہم امر کا خیال رکھنا چاہیئے کہ خلوی التہابی خراج کا مثانہ، مہبل یا معائے مستقیم میں پھٹنا بہت ہی شاذ ہے۔ خراج کے منہ کے ظاہر ہونے کا عام وقت ولادت کے بعد ساتویں ہفتہ سے لیکر بارھویں ہفتہ تک ہے۔

تشخیص۔ خلوی التہاب کے سب سے ابتدائی امارات میں سے ایک تثلیث عنق

جس کے ساتھ ایک الیم یک جانبی ورم بھی پایا جاتا ہے۔ اس کے بعد یہ ورم ایک جانب کی طرف پھیل جاتا ہے اور زیادہ سخت ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ قبوۂ مہبل کو منطمس کر دیتا ہے اور انجام کار پوپارٹ کے رباط سے اوپر ظاہر ہو جاتا ہے۔ اگر ارتشاح رباطِ عریض کی شکنوں کو بڑی حد تک کھول دے تو تمام رحم مثبت ہوگا اور طرف مقابل کی جانب



شکل ۱۷۴۔ دائیں صلب کا ورم جو بعید نزد رحمی التہاب (Remote Parametritis) سے پیدا ہوا ہے۔ صلب کا یہ خراج زچگی کے دس ماہ بعد ظاہر ہوا۔ عنق بری طرح سے دریدہ ہو گئی تھی، اور مکمل طور پر منتشر ہو گئی تھی۔

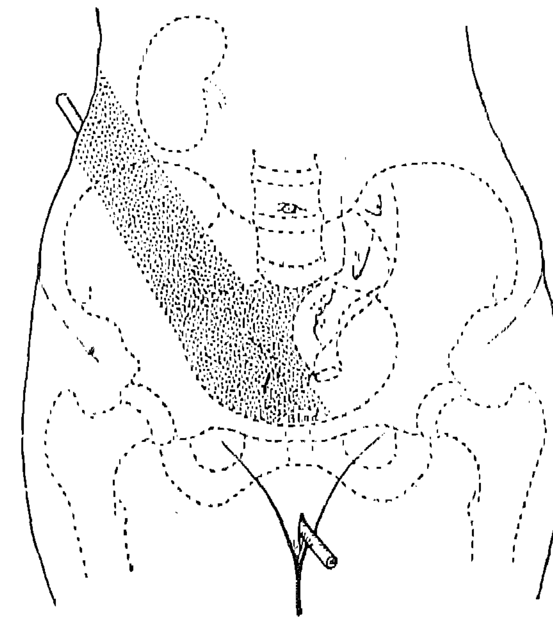
دھکیلا ہوا ہوگا (دیکھو شکل ۱۷۵)۔ جب خلوی التہاب پچھلی طرف کا رُخ اختیار کرتا ہے تو اسکی شناخت بہترین طور پر مستقیمی امتحان سے کی جا سکتی ہے، جبکہ تصلب کا ایک نعل نما بند جو رودہ کو محصور کئے ہوتا ہے اور رحمی عجزی رباط (utero-sacral ligament) کے تصلب کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے بآسانی محسوس کیا جائیگا۔

دو حالتیں ایسی ہیں جو خلوی التہاب کی اُس نادر الوقوع قسم کے متشابہ ہیں جو تمام ماساریقائے رحم (mesometrium) کو پُر کر دیتی ہے۔ (۱) اور اہم دموی (hæmatomata) جو خارج الرحم حمل کے درون رباطی انشقاق، یا کسی منشق دوالی نما ورید سے پیدا ہوتے ہیں۔ (۲) رباطِ عریض کا لیفیہ (fibroid)۔ یہ حالتیں زیادہ تر طبیعی امارات کی وجہ سے خلط ملط ہو جاتی ہیں، اور اگر سریری روئداد کا بغور تجزیہ کیا جائے تو اس سے تشخیص میں بہت مدد ملتی ہے۔ حوضی خلوی التہاب کی حالت میں نفاسی ارتفاع
281 تپش یا بعد عملیتی تپ کی روئداد موجود ہوگی، اور ورمِ دموی کی حالت میں فوری درد، غشیان اور قے پائے جائیں گے۔ ارتفاعِ حرارت خفیف سا ہوتا ہے، دیرپا نہیں ہوتا تاوقتیکہ انصباب خون متقیح نہ ہو جائے۔ جہاں تک لیفیہ کا تعلق ہے شکل ۵۷۱ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ خلوی التہاب کے انحلال کے دوران میں ایک لوندا کیسے محسوس کیا جا سکتا ہے جو درون رباطی رحمی بالیدہ کے متشابہ ہوتا ہے۔ مزید براں خلوی التہاب کی تشخیص کی تائید کرنے کے لئے حالیہ ولادت کی روئداد موجود ہوگی، مگر سلعہ کی حالت میں اس قسم کی کوئی روئداد موجود نہیں ہوتی۔

انذار۔ موافق صورتِ حالات کے تحت ارتشاح بالکل غائب ہو جاتا ہے، مریضہ مکمل طور پر صحت یاب ہو جاتی ہے، اور خلوی التہاب کے حملہ سے آئندہ حمل کیلئے کوئی رکاوٹ باقی نہیں رہتی۔ تقیح واقع ہونے کی صورت میں اگر اس پیپ کو باہر نکالدیا جائے جس کا منفذ بن گیا ہو تو شفا جلد حاصل ہو جاتی ہے۔ جس حالت میں پیپ رحم سے دور کے حصوں تک پھیل جاتی ہے، اور یا پچھلی طرف نقب لگالیتی ہے اس میں شفایابی کی مدت کئی ایک مہینوں تک طول پکڑ جاتی ہے۔ جس اصابہ کی توضیح ۱۷۳ و ۱۷۴ میں کی گئی ہے اس میں خراج کے صُلب میں ظاہر ہونے سے بیشتر مرض کا سلسلہ دس ماہ تک جاری رہا تھا۔ جب تمام راستہ کی مسلیبت کر دی گئی تو جوف (sinus) بند ہو گیا اور مریضہ کو جلد شفا ہو گئی۔

علاج۔ قبالتی اور جراحی دست ورزیوں میں عدیم العفونت طریقہ کار پر سختی سے کاربند ہوتے، اور عنقی اور مہبلی دریدگیاں پیدا نہ ہونے دینے سے حاد ابتدائی خلوی التہاب کے وقوع کو روکا جا سکتا ہے۔ جب مرض مسلط ہو جائے تو اسکا علاج

مریضہ کو ایک طویل مدت تک بستر میں آرام دینے، نمکین ملینات کا استعمال کروانے، شکم کے حصّۂ زیرین پر تکمید کرنے، اور گرم مہبلی تقطولات اور برقی غسلوں (electric-light baths) سے کرنا چاہیئے شمٹ (Schmitt) اور گیل ہارن (Gellhorn) نے سفید خلیات کی تعداد بڑھانے اور ارتشاح کو جذب کرنے کے لئے یہ وطبی علاج کیا ہے

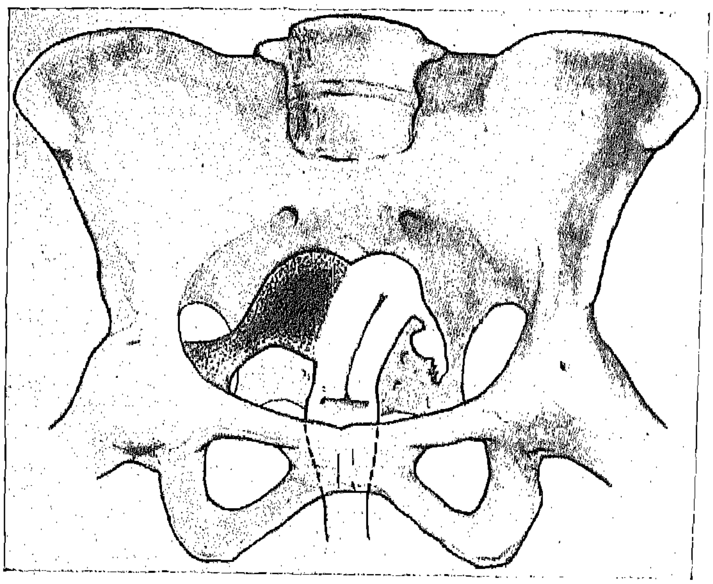


شکل ۴،۱- بعید نزد رحمی التہاب (Remote Parametritis)- یہ اس اصابہ کی ایک سکیم ہے جو شکل ۳،۱ میں دکھایا گیا ہے۔ اس میں ایک مسیلینی نلی دکھائی گئی ہے جو تمام متقیح خطہ میں گذار دی گئی تھی۔

جس میں انھوں نے نا جوشیدہ نیم گرم دودھ، پیپٹون (peptone) یا خون کا اشراب حرقفی عرف (iliac crest) کے نیچے کے عضلات میں کیا ہے۔

پولیک (Polak) یہ مشورہ دیتا ہے کہ ہر تیسرے دن ۵ مکعب سنٹی میٹر دودھ کا 282
دروں عضلی اشراب کرنے کے علاوہ برقی حرارت رسانی (diathermy) کا بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔ انجذاب کو مدد پہنچانے کے لئے گلیسرین کے حمولات (tampons) اور

گلیسرین کے گرم حبلی انشرابات ایک کافی حد تک مفید ہیں۔ محراب مہبل اور عنق کے عفونت زدہ زخموں کا مناسب علاج ضروری ہوتا ہے۔ جب پیپ بن جائے تو خراج کو ضرور جلد کھول دینا چاہیئے، اور مناسب سیلیت کا انتظام کر دینا چاہیئے۔ جن حالتوں میں حرقفیہ خصریہ



شکل ۵، ۱۷۱۔ دائیں عریض رباط میں نزد رحمی ارتشاح جس سے رحم کے لیفیہ (fibroid) کے سے سریری امارات پیدا ہوتے ہیں (ونٹر اور ریوچ کے مطابق)۔

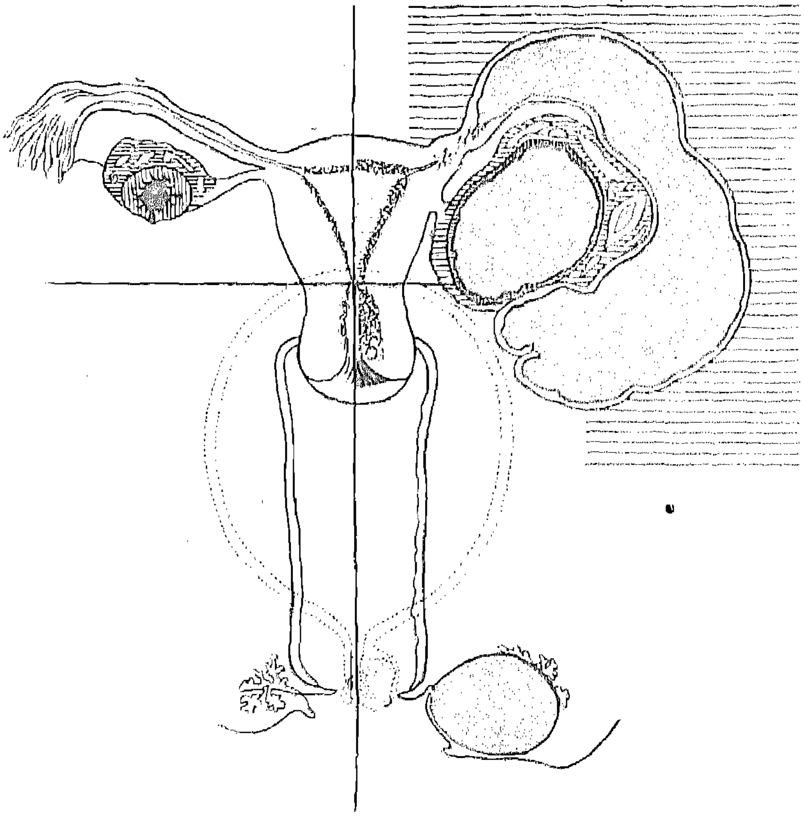
(ilio-psoas) کے نیچے ارتشاح کے موجود ہونے کی وجہ سے ران مدت تک خمیدہ رہی ہو اُن میں گھٹنے کے جوڑ کو تقبض سے بچانے کے لیئے ٹانگ کو دو میلانی جبیرہ -double) (inclined splint پر رکھا جاتا ہے اور اسے انفعالی حرکات اور دلک کے لیئے ہر روز کھول دیا جاتا ہے۔

نوعی سرایتیں
(SPECIFIC INFECTIONS)

نسوانی سوزاک

تاریخی بحث۔ گونوریا (gonorrhoea) کا لفظ جو γονή (تخم) اور ῥοή (سیلان) سے مرکب ہے سنہ ۱۶۰ء سے رائج ہے۔ جالینوس نے اس نام سے اس سیلان اریم کو تعبیر کیا تھا جو مرد کے مبال سے اس عارضہ میں واقع ہوتا ہے جس کے متعلق ہمیں اب یہ معلوم ہے کہ یہ ایک متعدی زہراوی مرض ہے۔ اس کا یہ خیال تھا کہ گونوریا (سوزاک) منی کا غیر اختیاری سیلان ہے۔ لہٰذا بلحاظ اشتقاق "گونوریا" کی اصطلاح جس کے لفظی معنی سیلانِ منی ہیں درست نہیں۔ سِفر اللاویین (Book of Leviticus) (باب پانزدہم) میں حضرت موسیٰ نے اس کے حفظ ماتقدم کے متعلق قواعد وضع کئے۔ اور تثنیہ الاشتراع (Deuteronomy) سے یہ پتہ چلتا ہے کہ اگر مرد کو یہ معلوم ہو جائے کہ اس کی بیوی مرضِ سوزاک میں مبتلا ہے تو اسے اس کو طلاق دے دینے کا حق حاصل تھا۔ اس طرح تورات سے ہمیں سنہ ۱۴۹۱ ق م تک کی خبر ملتی ہے۔ علاوہ ازیں اس مرض کا علم قدیم جاپانیوں، مصریوں، اہلِ روما اور یونانیوں کو بھی تھا۔ قدیم مؤلفین نے نسوانی سوزاک کی طرف توجہ نہیں کی، اور ان کو وروں یا ربطونی پیچیدگیوں کا علم نہیں تھا۔ چودھویں 283
صدی کے اختتام کے قریب سوزاک کی ساری اور متعدی خاصیت کا علم ہونا شروع ہوا اور قحبہ خانوں کے طبی معائنے شروع ہوئے۔ پندرھویں صدی کے اختتام پر آتشک کی اولین وبائے عظیم تمام یورپ میں پھیلی۔ اور چونکہ یہ نسبتہً ایک نیا مرض تھا اس لئے آتشک اور سوزاک کے درمیان بہت سا خلط مبحث پیدا ہو گیا۔ موخر الذکر مرض آتشک کی ایک پیچیدگی تصور کیا جاتا تھا۔ اور پارہ اور عشبہ (sarsaparilla) کے ساتھ اس کا نہایت شد و مد سے علاج کیا جاتا تھا۔ جان ہنٹر (John Hunter) نے مئی سنہ ۱۷۶۷ء میں سوزاک اور آتشک کے باہمی تعلق کا تصفیہ کرنے کے ارادہ سے ایک نشتر کو سوزاک کے ایک بیمار مریض سے حاصل کردہ زہراوی مواد میں ڈبویا اور اس سے اپنے قضیب پر دو کچوکے

صفحہ ۱۲



زنانہ تناسلی خطہ کی سوزاکی سرایت کی سکیم (جے۔ اے۔ ایمن J.A. Amann: کے مطابق)۔ بارتھولین کی قنات کا خراج (زرد)۔ سوزاکی التہاب مبال اور تزومبالی خراج (زرد نقطہ دار)۔ سوزاکی التہاب عنق (زرد)۔ تاکل (سرخ)۔ دروں رحمی التہاب (زرد نقطہ دار) انبوبی اجتماع ریم (pyosalpinx) (زرد)۔ اس حالت میں جھالریں اندر کو کھچی ہوئی ہیں۔ لیوٹینی خراج (زرد اور دیوار سرخ)۔ گرد انبوبی التہاب (perisalpingitis) ، گرد بیضی التہاب (perioöphoritis) حوضی باریطونی التہاب (زرد خطوط)۔

لگا کر اپنے آپ کو اشراب کیا۔ اسے آتشک ہوگیا جس سے اس نے یہ نتیجہ نکالا کہ آتشک سوزاک سے پیدا ہوتا ہے۔ اس لئے ماہیت سوزاک کی صحیح توضیح میں تاخیر ہوگئی اور اس خیال کی تصحیح ساٹھ سال سے زائد عرصہ تک نہ ہوئی۔ فلپ رکورڈ (Phillipe Ricord) (۱۸۳۱ء تا ۱۸۳۷ء) نے سوزاک کی پیپ کے ۶۶۷ اشراب کئے، اور کسی ایک اصابہ میں بھی آتشک پیدا نہ ہوا، اور اس سے یہ ثابت ہوگیا کہ سوزاک اور آتشک الگ الگ امراض ہیں۔ رکورڈ سوزاک کو نوعی مرض تصور نہیں کرتا تھا، بلکہ اس کا یہ خیال تھا کہ یہ ایک "سادہ" نازلت (catarrh) ہے جو غشائے مخاطی پر مختلف خراش آور عوامل کے اثر کرنے سے پیدا ہوتی ہے۔ منجملہ ان عوامل کے وہ رحم کے نازلتی، نفاسی اور طمثی موادوں کا ذکر کرتا ہے جن سے اس کے پیدا ہونے کا خاص کر احتمال ہوتا ہے۔ ۱۸۶۸ء میں سالسبری (Salisbury) نے خلیاتِ ریم میں ایسے بذور دریافت کئے جو دو دو اور چار کے مجموعوں میں تھے، اور ۱۸۷۲ء میں ہیلیئر (Hallier) نے ریم سوزاک میں ایک خرد نبقہ (micrococcus) کا انکشاف کیا۔

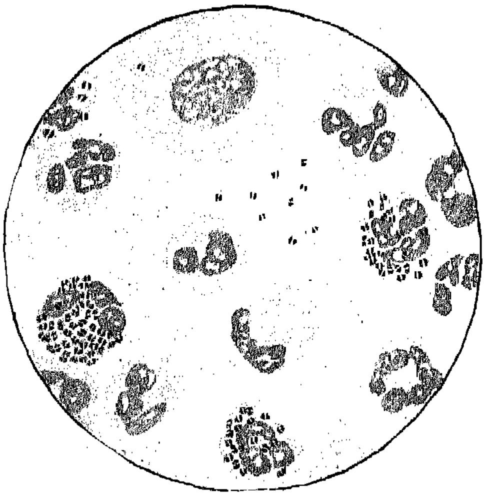
۱۸۷۹ء میں نیسر (Neisser) نے ان خرد نبقات کی اور ان کے طرزِ تقسیم کی کیفیت بیان کی، اور ان کو نبقاتِ سوزاک (gonococci) کے نام سے موسوم کیا۔ واٹسن چین (Watson Cheyne) نے بھی نبقاتِ سوزاک (gonococci) کا اسی سال انکشاف کیا جس سال میں نیسر (Neisser) نے کیا، لیکن اس نے اپنے انکشاف کو ۱۸۸۰ء تک شائع نہیں کیا۔ ۱۸۷۲ء میں نیویارک کے ایمل نوگیراتھ (Emil Noeggerath) نے "عورتوں کے سوزاکِ مخفی" کی طرف توجہ دلائی۔ اس سے قبل نسوانی سوزاک ایک مہمل التہاب تصور کیا جاتا تھا۔ نوگیراتھ پہلا شخص تھا جس نے اس امر پر زور دیا کہ رحم، زوائد اور باریطون کا التہاب سوزاک کا بلا واسطہ نتیجہ ہوتا ہے۔ اس نے یہ ثابت کیا کہ یہ مرض طویل مدت تک مخفی رہ سکتا ہے، اور اس نے اس کے معقم اثرات کی طرف توجہ دلائی۔

خلاصہ۔ رکورڈ (Ricord) نے بلحاظ مرض سوزاک کی الگ حیثیت متعین کی۔ نوگیراتھ نے یہ ثابت کیا کہ یہ ایک صعودی سرائت ہے جو عقم اور نفاسی سرائت پیدا کر سکتی ہے۔ اور اس نے اس مرض کی طویل المدت متعدیت کی طرف بھی اشارہ کیا جو ایک بہت اہم امر ہے۔ نیسر (Neisser) نے ۱۸۷۹ء میں اس نوعی دو نبقہ (diplococcus) کا

مظاہرہ کیا جس کے ساتھ اس کا نام اس وقت سے منسوب چلا آرہا ہے۔ ۱۸۸۵ء میں بم (Bumm) نے نبقۂ سوزاک (gonococcus) کو ایک مصنوعی وسیلہ پر پیدا کیا۔ ۱۸۸۶ء میں پیرس کے رُو (Roux) نے نبقاتِ سوزاک کو گرام (Gram) کے طریقۂ تلوین سے تمیز کرنے کا طریقہ شائع کیا۔

جرثومیات۔ نبقۂ سوزاک (gonococcus) کے اکثر و بیشتر جوڑے پائے جاتے ہیں، لیکن یہ چار چار کے گروہوں میں بھی دیکھا جاتا ہے، اور گاہے گاہے آٹھ آٹھ کے گروہ بھی موجود ہوتے ہیں۔ ان کی شکل کسی قدر گردہ نما ہوتی ہے اور ان کو تخم ہائے قہوہ سے تشبیہ دی گئی ہے۔ اور یہ اس طرح مرتب ہوتے ہیں کہ ان کی مقعر سطحیں ایک دوسرے کے بالمقابل اور نزدیک ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۱۷۶)۔ نبقۂ سوزاک کا طویل قطر پیمائش میں ۰.۸ μ سے لیکر ۱.۶ μ تک ہوتا ہے۔ اور اس کا چھوٹا محور ۰.۶ μ سے ۰.۸ μ تک ہوتا ہے۔ یہ غیر متحرک (non-motile) ہوتے ہیں۔ ان کی مثالی شکل اور ترتیب پیپ سے طیار کردہ آلودی تحضیرات (smear-preparations) میں بہترین طور پر دیکھنے میں آتی ہے۔ جب تحضیرات وسائط کاشت پر کی بالیدگیوں سے طیار کی جاتی ہیں تو نبقاتِ سوزاک (gonococci) کی جسامت میں معتدبہ اختلاف دکھائی دیتا ہے اور ان کی شکل گول ہوتی ہے۔ اگر ریم سے فلم طیار کی جائے تو عضویئے خلیاتِ ریم کے اندر پائے جاتے ہیں اور ان کا یہ خاصہ ان کی شناخت کے لئے اہمیت رکھتا ہے۔
نبقاتِ سوزاک گرام منفی (Gram-negative) ہوتے ہیں، اور معمولی وسائط کاشت پر
ان کا پیدا کرنا مشکل ہے۔ نبقۂ سوزاک کی طرح کے کم از کم دو اور نبقے بھی ہیں جو طریقۂ گرام 284
سے غیر ملون رہتے ہیں، اور یہ سحائی نبقہ (meningococcus) (درون خلوی سحائی التہابی دو نبقہ (diplococcus intracellularis menigitidis: اور ایک نبقہ عنبیہ (staphylococcus) ہیں۔ موخر الذکر نزلی نبقہ (micrococcus catarrhalis) کے نام سے مشہور ہے۔ قبل الذکر نہ صرف اپنے صفات اور تعامل تلوین ہی میں نبقۂ سوزاک سے مشابہت رکھتا ہے بلکہ اس کی طرح خلیاتِ ریم کے اندر بھی پایا جاتا ہے۔ ان دونوں عضویوں کے درمیان تفریقی تشخیص کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ کاشتی اختلافات پر اعتبار کیا جائے، اور یہ تشخیص اس امر سے آسان ہو جاتی ہے کہ سحائی نبقہ (meningococcus)

مصنوعی وسائط پر بآسانی نشو و نما پاتا ہے۔ اگر دماغی نخاعی سیال میں گرام منفی دو نبقے (diplococci) پائے جائیں تو ان کو بجا طور پر سحائی نبقات (meningococci) تصور کیا جا سکتا ہے، اور اگر اعضائے تناسل کے افراز میں گرام منفی دو نبقے (diplococci) پائے جائیں تو اس سے یہ نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ یہ نبقاتِ سوزاک (gonococci) ہیں۔ مگر بعض اوقات ایسا بھی ہوا ہے کہ سحائی نبقہ مبال اور زنانہ اعضائے تناسل میں بھی پایا گیا ہے، اور اس لیئے یہ ضروری ہے کہ صحیح تشخیص کرنے کے لیئے کاشتیں طیار کی جائیں۔



شکل ۹۱۔ نیسر (Neisser) اور واٹسن چین (Watson Cheyne) نے ۱۸۷۹ء میں نبقاتِ سوزاک کا انکشاف کیا تھا۔ یہ فلم مواد مہبل سے طیار کی گئی تھی اور لوفلر کی میتھیلین بلیو سے اسکی تلوین کی گئی تھی۔ نبقاتِ سوزاک ریمی خلیوں کے باہر اور ان کے اندر بھی پڑے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ -(E. Shaw: ای۔ شا)

نازلی خرد نبقہ (micrococcus catarrhalis) بھی مبال میں پایا گیا ہے۔ یہ عام طور پر ایسے وسائط مثلاً ایگر (agar) یخنی (broth) اور جلاٹین پر جو عام طور پر استعمال کیئے جاتے ہیں بکثرت پیدا ہوتا ہے اور نبقہ سوزاک سے زیادہ بیضوی اور کسی قدر بڑا ہوتا ہے۔ نبقاتِ سوزاک (gonococci) خون ایگر (blood-agar) اور قیلہ مائی سیال آمیز ایگر (hydrocele-fluid agar) پر پیدا کیئے جا سکتے ہیں (ویسٹرن ' Western: میلوری Mallory:)- چونکہ ان کی کاشتیں جلد ہی مر جاتی ہیں اس لیئے ان کی بالیدگی کو برقرار رکھنے کے لیئے ہر تیسرے دن ذیلی کاشتوں کا طیار کرنا ضروری ہوتا ہے، اور اس پر بھی ان کی قوتِ تولید ضائع ہو جاتی ہے

(ای۔ شا :E. Shaw) اس عضویہ کو رطوبت کی ضرورت ہوتی ہے[1] اور یہ خشک ہوا میں زندہ نہیں رہتا۔ اور یہ حرارت کے کم درجوں پر (مثلاً ۴۱° تا ۴۳° ھ پر ۱۰ منٹ تک گرم کرنے سے) ہلاک ہوجاتا ہے۔ ان ہر دو امور سے سوزاک کے علاج میں استفادہ کیا گیا ہے۔ مذکورہ بالا خصوصیات کے علاوہ اس امر کا ذکر کرنا بھی ضروری ہے کہ نبقۂ سوزاک (gonococcus) میں نسل انسان کے لئے ایک انتخابی طفیلی توافق پایا جاتا ہے۔ اعلیٰ فرود بھی اس سے بآسانی سرائت زدہ نہیں ہوتے۔

امراضیات سم (toxin) اور تضرر۔ نبقۂ سوزاک (gonococcus) سے ایک دروں سم (endotoxin) پیدا ہوتا ہے جس سے ایک فعّال التہابی ردِ عمل شروع ہوجاتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ یہ سم عضویہ مذکور کے جسم سے اس کی موت کے وقت آزاد ہوتا ہے۔ التہاب سرحلمی استرداری سطحوں کے ساتھ ساتھ پھیلتا ہے اور اس سے عام طور پر سرحلمہ کا تنخر واقع نہیں ہوتا۔ لیکن بعض اوقات ہو بھی جاتا ہے، اور ایسی حالت میں سرائت کی توسیع نیچے کی بافتوں تک بہت جلد ہوجاتی ہے۔ اور اس سے تنخر اور خراج پیدا ہوجاتا ہے۔ التہابی ارتشاح مصل اور کثیر الاشکال نواتی سفید خلیوں (polymorpho-nuclear leucocytes) پر مشتمل ہوتا ہے۔ فائبرین یا تو بنتی ہی نہیں اور اگر بنتی ہے تو بہت تھوڑی۔ سفید خلیے شحم جذب کر لیتے ہیں اور زیر سرحلمی بافتوں میں جمع ہوجاتے ہیں، جہاں یہ برہنہ آنکھ سے ایک تنگ غیر شفاف اور زردی مائل منطقہ کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں۔ زیادہ مزمن ضررات میں زیر مخاطی بافتوں میں کثیر التعداد لمفی خلیات 285 (lymphocytes) کی دررریزش ہوجاتی ہے، معصلی خلیات بافراط پائے جاتے ہیں اور ایوسین پسند خلیات (eosinophiles) بھی کافی زیادہ ہوتے ہیں۔

نبقۂ سوزاک اگرچہ ایک ایسا عضویہ ہے جو طبعی طور پر اغشیۂ مخاطی میں رہتا ہے لیکن اس میں بافتوں اور خون میں نفوذ کرنے کی قابلیت بھی موجود ہے۔ چنانچہ مفاصل، قلب، اغشیۂ مصلی اور اسحیہ (meninges) کی شرحی سرائت سے سوزاک نبقی عفونت الدم (gonococcal septicæmia) پیدا ہوسکتی ہے۔ عورتوں میں سوزاک زیادہ خطرناک ہوتا ہے کیونکہ اس سے ان میں دوررس ضررات پیدا ہوتے ہیں، اور علاج کرنے کے باوجود اس سے شفا نہیں ہوتی۔

ابتدا میں حاد ہونے کے بعد اس کا میلان کم فعّال ہو جانے اور مزمن شکل میں سالوں تک برقرار رہنے کی طرف ہوتا ہے۔ ان مزمن حالتوں میں ابتدائی سرائت کی موجودگی کا مظاہرہ کرنا بالعموم بہت مشکل ہوتا ہے' کیونکہ مختلف اقسام کے ریم زا عضویوں سے سرائت واقع ہو جاتی ہے۔ نبقات عنبیہ (staphylococci) "قولونی نما عصیات ("coliform" bacilli)" اور "دفتھیریا نما" ("diphtheroid") جراثیم بافراط پائے جاتے ہیں' اور جب تک خون نبقۂ سوزاک کیلئے تثبیت "تثبیت متمم" ("complement fixation") کا تعامل ظاہر نہ کرے' ابتدائی شکایت کے متعلق سریری روئداد اور سرائت کے مزمن ہونے سے صرف شبہ ہی کیا جا سکتا ہے۔ ہمیں ایسی عورت کے مفرطیعی موادِ عنق میں نبقۂ سوزاک کا مظاہرہ کرتے ہیں ایک سے زائد موقعوں پر ناکامی ہوئی ہے جس کے خاوند کے متعلق ہمیں یہ معلوم تھا کہ وہ سوزاک کی فعّال سرائت کا مریض ہے۔ نبقۂ سوزاک سے التہاب عام طور پر تمام تناسلی خطہ میں اور مبال اور مثانہ میں پھیل جاتا ہے' اور بعض اوقات یہ اوپر کی طرف حالبین اور گردوں تک بھی چلا جاتا ہے۔ لیفی ناہضات (fibroblasts) پر اس کے سم کا یہ اثر ہوتا ہے کہ ان سے کالیجن (collagen) بافراط نکلنا شروع ہو جاتی ہے جس سے ندبی بافت (scar-tissue) اور انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ نیز یہ بھی کہا جاتا ہے کہ اس سم کی وجہ سے وہ گلٹیاں بھی پیدا ہوتی ہیں جو سوزاک کی حاد حالتوں میں دیکھنے میں آتی ہیں۔

سریری مقدمات۔ تحقیقات کے لئے مواد کا جمع کرنا۔ اس کے لئے ان مقامات کا علم ہونا ضروری ہے جن میں نبقۂ سوزاک پوشیدہ رہتا ہے۔ اور یہ مقامات مختصراً وہ تنگ سی دہنے اور طاقچے (crypts) ہیں جو خارجی اعضائے تناسل اور نیز قنال عنق سے علاقہ رکھتے ہیں (دیکھو صفحہ ۱۲) اور وہ یہ ہیں' مبال معہ گرد مبالی غدد کے فتحات کے جو اس کے فرش پر کھلتے ہیں' انبیبیاتِ سکین (Skene's tubules)' بارتھولین کی قناتوں کے دہنے' اور آخر میں عنقی ورول رحمہ اور نیبوتھی کے جرابات (Nabothian follicles)۔ ان محلات سے افراز حاصل کیا جا سکتا ہے۔ عنق سے نمونہ حاصل کرنے کیلئے فرگسن یا سمس کا منظار داخل کرنے سے فم خارجی کو منکشف کر لیا جاتا ہے۔ اگر مخاط یا مخاطی ریم بافراط موجود ہو تو اسے سوڈیم بائی کاربونیٹ کے مرتکز محلول سے دور کر دیا جاتا ہے'

اور ایک تار جس پر عقیم روئی لپٹی ہوتی ہے عنقی قنال میں اوپر کی طرف کو گذار دیا جاتا ہے، اور غشائے مخاطی پر اسے خوب رگڑا جاتا ہے۔اس سے کسی قدر سرحلمہ اپنے افراز اور تھوڑے سے خون کے ساتھ اتر آتا ہے۔اس کے بعد اس پچارے (swab) کو اس کی نلی میں رکھ کر معمل میں بھیج دیا جاتا ہے۔جب اس عضویہ کا انکشاف عنقی افراز میں نہیں کیا جا سکتا تو اس حالت میں بھی غدد کے گہرے حصوں میں اس کا پایا جانا ممکن ہوتا ہے بشرطیکہ خردبین سے امتحان کرنے کے لئے بافت کا ایک ٹکڑا کاٹ لیا جائے۔مواد سے فلموں کا فوراً طیار کر لینا، اور مذکورہ بالا طریقہ سے پچارے (swab) حاصل کرنا بھی مناسب ہوتا ہے کیونکہ موخر الذکر پر کا مواد جلد خشک ہو جاتا ہے، اور نبقۂ سوزاک مصنوعی وسائط پر مشکل سے اگتے کیلئے مشہور و معروف ہے۔

مبال کا مواد مہبل کی مقدم دیوار کے ساتھ ساتھ اندر سے باہر کی طرف انگلی گذارنے سے حاصل کیا جاتا ہے جب کہ سیال دب کر منفذ سے باہر آ جاتا ہے۔دباؤ ڈالنے سے بارتھولین کی قناتوں سے بھی پیپ خارج کی جا سکتی ہے۔زیادہ منتفخ گرد مبالی طاقوں (peri-urethral crypts) میں پلاٹینم کا ایک باریک چنبر گذارا جا سکتا ہے، اور نبوتھی کے منتفخ جراب میں منظار میں سے عقیم نشتر کے ذریعہ سے ٹیکو کا لگایا جا سکتا ہے۔اس امر کی ضرور احتیاط کرنا چاہیئے کہ فرجی یا مہبلی افرازات سے تلوث واقع نہ ہو جائے۔فلموں کے طیار کرنے اور انکی تلوین کے طریقے نیچے درج کئے گئے ہیں[1]۔ 286

---

[1] نبقات سوزاک کے تلوین کے طریقے۔پچارے یا پلاٹینم کے چنبر پر کے افراز کو شیشہ کے ایک صاف شرایحہ پر جس پر چکناہٹ بالکل نہ ہو پھیلا دینا چاہیئے۔بعدازاں بنسن کے شعلہ میں سے اس کو تین دفعہ گذار کر مثبت کرنے کے بعد جینسن (Jensen) کے طریقہ سے اسکی تلوین کرنا چاہیئے۔اسکے بعد $\frac{1}{12}$ انچ روغن غرق عدسے سے امتحان کیا جاتا ہے۔

(۱) میتھل وائیولیٹ (۶ بی) [methyl-violet (6B)] کے ۵ء۰ فی صدی آبی محلول سے نصف منٹ تک تلوین کرو۔

(۲) میتھل وائیولیٹ کو گرادو اور آئیوڈین کا محلول (آئیوڈین ۱ حصہ۔پوٹاشیم آئیوڈائیڈ ۲ حصہ۔کشید کیا ہوا پانی ۱۰۰ حصہ) ڈال کر اسے ایک منٹ تک رہنے دو۔ (بقیہ بر صفحہ آئندہ)

سابق الذکر بیان کی سرسری اہمیت پر ضرور زور دینا چاہیئے، یعنی سوزاک کے خطرناک ہونے کا ایک بہت بڑا سبب نیقات سوزاک کی وہ طاقت ہے جس سے یہ غیر مستقر رہ کر حلمی یا فنقوں میں نفوذ کر جاتے ہیں۔ جب ایک دفعہ یہ سطح کے نیچے پہنچ جاتے ہیں تو یہ بافتیں ان کو غذا بہم پہنچاتی ہیں اور ان کی حفاظت کرتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ سوزاک مزمن ہو جاتا ہے، اور اکثر مخفی خواص کا اظہار کرتا ہے۔

سوزاک کے خلاف مناعت پیدا نہیں ہوتی۔ اگر چہ ہی خاوند کی وجہ سے ایک دفعہ سوزاک میں مبتلا ہو جائے تو وہ اُسے بار دیگر سرائت زدہ کر سکتی ہے۔ مزمن اصابات اتنے ہی زیادہ خطرناک ہیں جتنے زیادہ یہ عام ہیں، جس کی وجہ یہ ہے کہ سوزاک ان موضعی امارات کے بغیر ہی جو سرائت زدہ شخص کو اس کی موجودگی سے آگاہ کر دیں مزمن حالت میں موجود رہ سکتا ہے۔

جب عضویہ بذریعہ مجامعت منتقل ہوتا ہے تو مرض کا اوسط زمانہ حضانت تقریباً تین دن ہوتا ہے۔ ماہر امراض النساء کے لئے سب سے زیادہ عظیم الاہمیت یہ امر ہے کہ عورتوں میں صحیح محل سرائت کی تعیین کی جائے، اور اس کا انحصار کسی حد تک اعضائے تناسل کے تشریحی خصوصیات پر ہوتا ہے۔ جو منفذ زیادہ بلند واقع ہوتا ہے اس کے اس منفذ کی نسبت جو زیادہ نیچے کھلتا ہو سرائت سے بچ جانے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ اگر عنق نیچے آ گئی ہو اور مہبل کشادہ ہو تو قبیل الذکر ہی تطعیم (inoculation) کا اولین محل ہوتی ہے۔ مبال اور عنق کا اکٹھے سرائت زدہ پایا جانا بہت عام ہے۔

سوزاکی التہاب فرج۔ حاد التہاب فرج بالعموم التہاب مبال (urethritis) اور گرد مبالی غدد کے التہاب کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور بارتھولینی التہاب (Bartholinitis) بھی اس کے ساتھ قلیل الوقوع نہیں۔ حاد درجہ میں افراز بافراط خارج ہوتا ہے۔ یہ قیحی ہوتا ہے اور اس کی رنگت زردی مائل سبز ہوتی ہے۔ پیپ کے خراش آور

بقیہ حاشیہ صفحہ گذشتہ۔ (۳) آئیوڈین کو الکحل مطلق سے دھو ڈالو حتی کہ اس کا رنگ دور ہو جائے۔

(۴) نیوٹرل ریڈ (neutral red) ا۔۰ فیصدی سے تلوین مقابل کرو۔

(۵) پانی سے دھو ڈالو۔ اور خشک کر کے ترکیب کرو۔

اثر کی وجہ سے خارجی اعضائے تناسل پر "مسّے" ("warts") (نوکدار فلطاحی سلعات (condylomata acuminata: بن جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۷۷ و ۱۷۹)۔ حاد اصابات میں پیپ سے تیار کردہ فلموں میں نبقۂ سوزاک بالعموم آسانی سے مل جاتا ہے۔

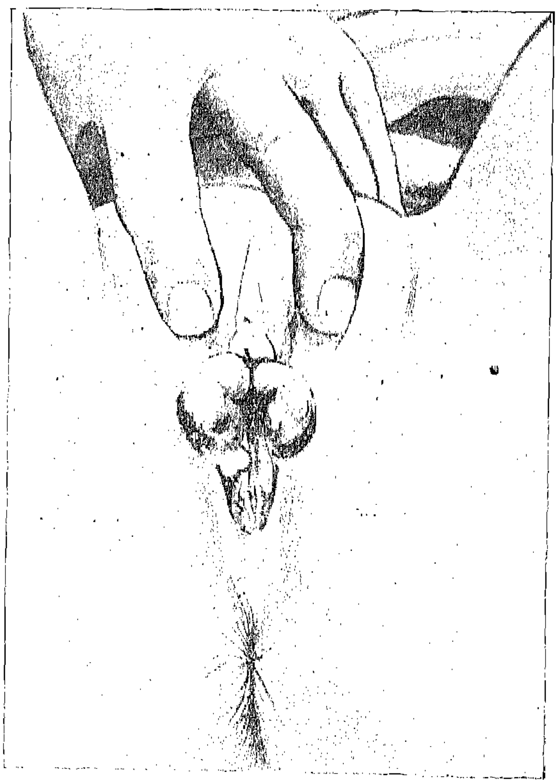
حاد التہاب فرج کی شدید ترین قسم بچوں کے فرجی مہبلی التہاب میں دیکھنے میں آتی ہے۔ امریکہ میں ۱۹۱۵ء میں دس سال سے کم عمر کے چوسٹھ بچے سرائیت سوزاک سے فوت ہوئے۔ اور ان میں سے اکثر میں سرائیت براستہ مہبل واقع ہوئی تھی[1]۔ شفرتین صغیر و کبیر نہایت سرخ، متورم، متہیج، اور درد خیز ہوتے ہیں، اور بعض اوقات آپس میں منضم ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۷۶ ل)۔ شفرتین صغیر پر کبھی کبھی ایک کاذب غشا بن جاتی ہے۔ اس عارضہ سے اُربی غدد متورم ہو جاتے ہیں، اور اس میں کسلمندی اور ارتفاع تپش پایا جاتا ہے۔ حملہ مجرمانہ کے واقعات میں بعض اوقات شدید ضربتی ضررات پائے جاتے ہیں، لیکن چھوٹی عمر کے بچوں میں التہاب فرج کسی واضح ضرر کی عدم موجودگی میں بھی واقع ہو سکتا ہے اور ایسی حالت میں نبقۂ سوزاک اعضائے تناسل تک تولیے یا انگلیوں کے ذریعہ سے پہنچتا ہے۔ بعض اوقات سوزاکی سرائیت وبائی صورت میں بھی نمودار ہوتی ہے۔ اس امر کی ایک مثال کا حوالہ سکٹش (Skutsch) نے دیا ہے جس میں ۲۳۶ لڑکیاں ایک حمام عام (public bath) میں سرائیت زدہ ہوئی تھیں[2]۔

287 علاج۔ ابتدائی مدارج میں مہبلی نطولات (vaginal douches) کا استعمال نہ کرنا چاہیئے، بلکہ مریضہ کو دن میں دو تین دفعہ غسلہ (bath) میں آدھ گھنٹہ تک بٹھانا چاہیئے اور وقفوں میں بورک لنٹ (boric lint) کو گرم عقیم پانی میں ڈبو کر اور نچوڑ کر شفرتین کے

[1] La Fétra, "Vulvo-vaginitis in Children," *Trans. Amer. Pediatric Soc.*, 26th Session, Washington, 1916; see also B. K. Rachford in same *Transactions*.

[2] Stein, "A Clinical Investigation of Vulvo-vaginitis," *Surgery, Gyn. and Obstet.*, 1923, vol. xxxvi; also "Gonorrhœa," *Am. Jl. Obst. Gyn.*, x, 1925.

درمیان اور فرج کے اوپر رکھنا چاہیئے۔ جب حاد حملہ فرو ہو جائے تو پیش تنشی محلول نمک سے فرج اور مہبل کی آبیاری کرنا چاہیئے، اور اس کے بعد کولوسال سلور آیوڈائیڈ (collosal silver iodide) ۱۰ فی صدی، یا ایکری فلیوین (acriflavine) اور گلیسرین



شکل ۱۷۶ ا ک۔ فرجی مہبلی التہاب ۱۴ سال کی لڑکی میں۔ شفرتین صغیر کا التہابی تہیج دکھایا گیا ہے۔

(۵۰۰ میں ۱) لگانا چاہیئے۔

سوزاکی التہاب مبال (Gonorrhoeal Urethritis)۔ یہ عارضہ نہایت کثیر الوقوع ہے، اور بالعموم تازہ سرایت کی حالتوں میں پایا جاتا ہے۔ تین دن میں مواد قیحی ہو جاتا ہے، اور منفذ کے متورم لب غشائے مخاطی کے تشترِ خارجی کی وجہ سے

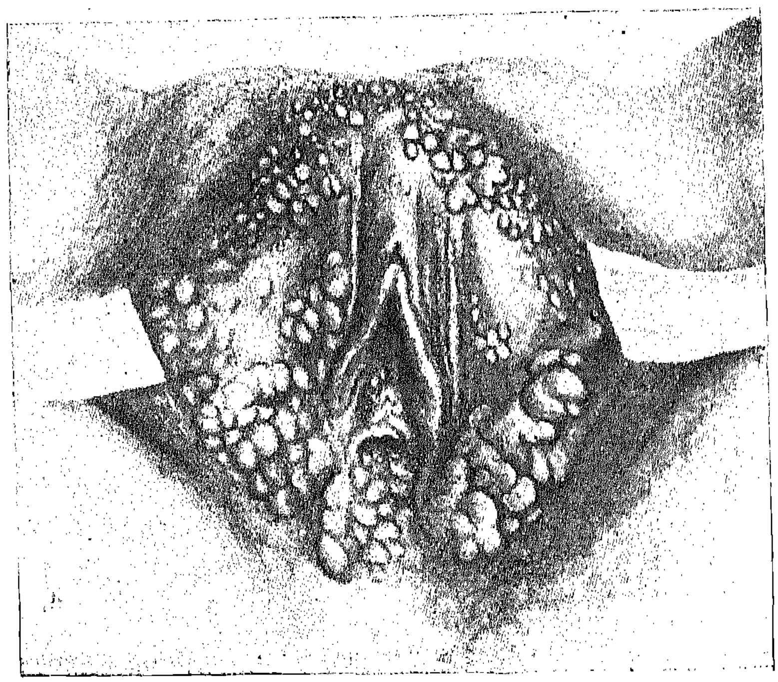
نمایاں سُرخ شکنوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، اور ان کے درمیان سبزی مائل زرد پیپ کا ایک قطرہ مترشح ہوتا ہے۔ یہ قنال عنقِ مثانہ تک الیم ہوتی ہے، اور دروں بین (endoscope) سے امتحان کرنے سے متورم غشائے مخاطی پیپ سے پوشیدہ دکھائی دیتی ہے، اور اس کو دور کرنے کے بعد ایک نزفی سُرخ سطح ظاہر ہو جاتی ہے۔ مریضہ کی عمومی حالت زیادہ متاثر نہیں ہوتی۔ موضوعی طور پر تبول کے بعد گدگدی یا جلن محسوس ہوتی ہے۔ اس کے بعد ارتفاق (symphysis) کے اوپر خفیف ساد باؤ مسلسل محسوس ہوتا ہے یا دورانِ تبول میں اینٹھن کے سے درد کی شکایت پیدا ہو جاتی ہے۔ ان موضوعی علامات میں جلد ہی تخفیف ہو جاتی ہے۔ اور تین یا چار ہفتہ میں مبال کی حالت طبعی ہو جاتی ہے، اور چھ سے بیس ہفتہ تک کی مدت میں بعض اوقات اس میں از خود اندمال واقع ہو جاتا ہے۔

مزمن درجہ میں سوزاکی التہابِ مبال کا انکشاف مشکل ہوتا ہے۔ اگر مریضہ امتحان سے 288 پہلے ایک گھنٹہ کے اندر اندر پیشاب کر چکی ہو تو ممکن ہے کہ پیپ موجود نہ ہو۔ اس طرح کوئی عورت جس کو اس کے ڈاکٹر نے تندرست تصور کیا ہو اپنے خاوند کو سرائیت زدہ کر سکتی ہے۔ ایک اہم نکتہ جس کا یاد رکھنا ضروری ہے یہ ہے کہ اس حالت میں بھی جبکہ پیپ مبال سے غائب ہو گئی ہو منفذ کے متورم لبوں پر کچھ عرصہ تک سُرخ یار بادی ارتفاعات نظر آتے ہیں جو چھونے پر بہت حساس ثابت ہوتے ہیں، اور جس کرنے پر ان سے خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ زاں بعد تمام قنال موٹی اور سخت محسوس ہوتی ہے، اور اندر کی طرف سے حلیمہ دانہ دار دکھائی دیتا ہے۔ اس کی سطح پر بعض اوقات لطخات (plaques) نظر آتے ہیں جن کا منظر ربادی یا زجاجی ہوتا ہے۔ مزمن سوزاکی التہابِ مبال کسی وقت بھی از سرِ نو تحت الحاد یا حاد بن سکتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ عورت کے مبال کا سوزاکی التہاب جس کے موجود ہونے کے متعلق کوئی شبہ نہ ہو خاوند کے مفروضہ نکسات کا عام ترین سبب ہوتا ہے۔

مبال کے حصۂ زیرین میں اور اس کے منہ کے نزدیک چھوٹے چھوٹے غدد موجود ہوتے ہیں (انیبیبات سکین :Skene's tubules) جو غدہ قدامیہ (prostate) کے متماثلات ہیں۔ ان کے دہنے سوزاک کے حاد درجہ میں سرائیت زدہ ہو جاتے ہیں، اور اگر انکی قناتیں مسدود ہو جائیں تو منفذ کے اطراف پر چھوٹے چھوٹے دخنی خراج بن جاتے ہیں۔ سوزاک اناث کے

علاج کے دوران میں ان غدد کا یاد رکھنا ضروری ہے۔

بارتھولینی غدد کا سوزاکی التہاب۔ مرض کے حاد مدارج میں اکثر اور اس کی مزمن قسم میں بالعموم یہ دونوں طرف موجود ہوتا ہے۔ قاعدۃً ایک غدہ دوسرے سے قبل ماؤف ہوتا ہے۔ سرائت سے ہمیشہ خراج نہیں بنتا، اور اگر بن بھی جائے تو اس کے



شکل ۱۷۷۔ فرج کے نوکدار فلطاحی سلعات (condylomata acuminata vulvæ) یا زہراوی مسّے (Venereal warts)۔
(بے ساقچہ قسم کے۔)

بننے سے پہلے مناظر زیادہ نمایاں نہیں ہوتے۔ سرائت کا انکشاف اس کی قنات کے بیروں گردیدہ بیضی دموی دھبہ سے کیا جاتا ہے جس میں سے دبانے پر پیپ خارج ہوتی ہے۔ اگر کوئی دوکی الشکل سخت چیز موجود ہو تو یہ التہاب غدہ (adenitis) کو ظاہر کرتی ہے۔ 289
بعض اوقات قنات ایک سیکہ سے مسدود ہو جاتی ہے جس میں لاتعداد بتقات سوزاک

موجود ہوتے ہیں۔ یہاں اس امر سے متنبہ کر دینا مناسب معلوم ہوتا ہے کہ بارتھولینی قنات کے دہنہ کی صرف غیر معمولی سُرخی ہی سے سوزاک بلا تامل تشخیص نہ کر دینا چاہیئے۔ یہ خاصہ غیر نوعی اسباب سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ اور اگرچہ سینگر (Sänger) نے اس کو سوزاکی لطخہ (macula gonorrhœica) کے نام سے تعبیر کیا تھا لیکن یہ ہرگز دالۂ مرض علامت نہیں۔

بارتھولینی غدہ کا نوعی التہاب (specific Bartholinitis) کئی ایک مہینوں تک جاری رہ سکتا ہے، اور مجامعت کے بعد خاصکر اس میں اشتدادات پیدا ہو جاتے ہیں۔



شکل ۱۷۰۔ زہراوی مسّے (Venereal Warts) (نوک دار فلطاحی سلعات (Condylomata Acuminata: x ۱۶ - (جولی: Jolly-) خردبینی منظر۔

چلنے پھرنے اور بیٹھنے پر اس سے ایک دھیما درد پیدا ہوتا ہے، لیکن موضوعی امارات واضح نہیں ہوتے۔ مزمن اصابات میں قنات جزوی یا کلی طور پر مسدود ہو سکتی ہے، اور ہر ایک حالت میں افراز محبوس ہو جاتا ہے۔ اگر انسداد محض جزوی ہو تو افراز خارج ہونے کے بعد پھر بھر جاتا ہے، اور اس سے وہ حالت پیدا ہوتی ہے جسے مارٹینو (Martineau) خراجِ متکرر (*abcès à répétition*) کے نام سے موسوم کرتا ہے۔ اگر انسداد مکمل ہو

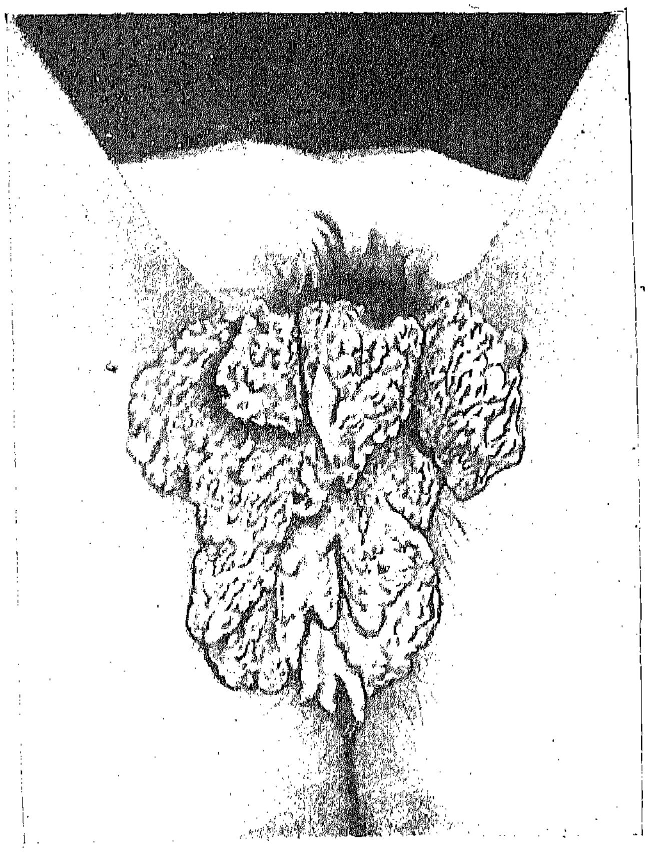
اور افراز زیادہ مقدار میں موجود ہو تو ایک بڑا سا دبیرہ یا خراج بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۱۸
و ۲۲۰)۔ یہ شفرۂ کبیر کے پچھلے حصّہ پر واقع ہوتا ہے اور آگے کی طرف دہلیز تک بڑھتا
چلا آتا ہے (دیکھو شکل ۲۱۸ و ۲۲۰)۔ اس میں تموج موجود ہوتا ہے، اور اس کے اوپر
کی جلد سُرخ اور تنی ہوئی اور چمکدار ہوتی ہے۔ ایک یا دو ہفتہ کے اندر اندر یہ پھٹ جاتا ہے۔
انشقاق بالعموم اندر کی جانب واقع ہوتا ہے اور یہ اوپر یا نیچے کی جانب شاذ و نادر ہی
پایا جاتا ہے۔ اور ایک فیچی راستہ بن جاتا ہے جو بتدریج بند ہو جاتا ہے۔

نوکدار فلطاحی سلعات (Condylomata Acuminata) یا زہراوی مسّے
(Venereal Warts) سوزاکی مواداتِ سے پیدا شدہ خراش کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ یہ مرکب
حلیمی سلعات (compound papillomata) ہیں جو فرج کے ہر حصّہ پر اور رانوں کے
اردگرد کی جلد اور سرینی درز پر واقع ہوتے ہیں، اور بعض اوقات مہبل کے تمام طول میں
عنقِ رحم تک بھی پھیل جاتے ہیں۔ یہ انضمالی بافت کی ایک شاخدار مرکزی ڈنڈی پر مشتمل ہوتے
ہیں جو فلسمانی سرحلمہ کی تہوں سے ڈھکی ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۷۸)۔ ان کی جسامت، آلپین کے
سر سے لیکر بڑے بڑے تو دوں تک ہوتی ہے۔ جو بعض اوقات اس قدر کثیر التعداد ہوتے
ہیں کہ فرج ان میں پوشیدہ ہو جاتی ہے، اور اس کی تشریح نظر نہیں آتی (دیکھو شکل ۱۷۷ و
۱۷۹)۔ اگر مواد کا اخراج بند ہو جائے تو یہ مسّے از خود غائب ہو جاتے ہیں، لیکن جن مریضوں
کے علاج کی طرف توجہ نہ کی گئی ہو ان میں یہ برابر قائم رہتے ہیں، اور ان میں تنخر واقع ہو جاتا
290 ہے۔ یہ آتشک کے عریض فلطاحی سلعات (condylomata lata) سے زیادہ نوکدار
ہونے اور ساقچہ دار بننے کا رجحان رکھنے کی وجہ سے تمیز کئے جا سکتے ہیں۔ مزید برآں موخر الذکر
کے مصل میں شعری پیچ خبیلیہ (spironema pallidum) بھی پایا جاتا ہے، اور واسرمن
کا کاشفہ (Wassermann test) مثبت ہوتا ہے۔

سوزاکِ مہبل۔ پہلے مہبل کو مرضِ سوزاک کا عام ترین محل تصور کیا جاتا تھا اگر
ایسا صرف بچوں ہی میں ہوتا ہے۔ بالغ عورتوں میں مہبل کا دبیز قرنی نما سرحلمہ نفوذ کنندہ
دو بیضوں (diplococci) کو معتدبہ مزاحمت پیش کرتا ہے، اس لئے یہ جرثومے میال اور غشائی عنق
کے سرحلمہ میں نسبتاً آسانی سے داخل ہو جاتے ہیں۔ بچوں میں مہبلی سرحلمہ پتلا اور نرم ہوتا ہے،
اور اس لئے اس میں جرثومے زیادہ آسانی سے نفوذ کر جاتے ہیں (دیکھو سوزاکی التہابِ فرج و مہبل)

حصہ سوم، باب اول، صفحہ 340)-

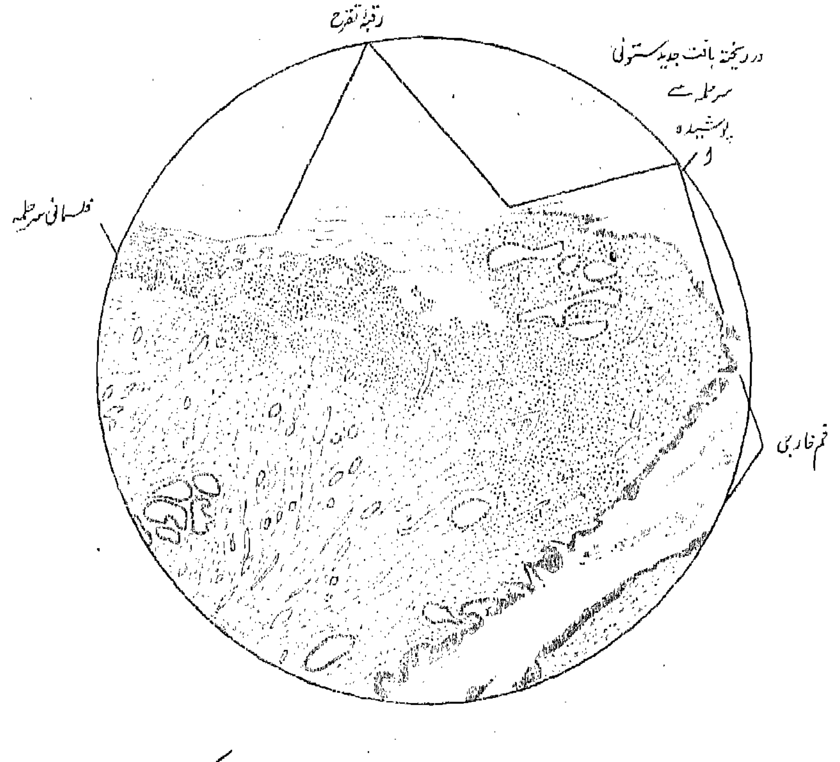
بالغ عورتوں کا حاد ابتدائی سوزاکی التہابِ مہبل نہایت نادر الوقوع ہے۔ ہمارے تجربہ میں یہ تھا مگر اس سرائت تک ہی محدود ہوتا ہے جو حمل کے دوران یا بڑھاپے میں واقع ہو۔



شکل ۱۷۹۔ فرج کے نوکدار فلطاتی سلعات (condylomata acuminata vulvæ) کا وہ منظر دکھایا گیا ہے جو خالی آنکھ سے دکھائی دیتا ہے (متفطر fungating: قسم۔)

اس کے خصائص بہت نمایاں ہوتے ہیں۔ پیپ اتنی افراط سے خارج ہوتی ہے کہ خارجی اعضائے تناسل خشک افراز سے چپکے ہوئے ہوتے ہیں۔ غشائے مخاطی منیر سرخ اور متہیج

ہوتے ہیں، اور شعر تین کبیرے باہر ابھر آتے ہیں، اور ان کی جھلی سطح اکثر متآکل ہوتی ہے۔ اسی طرح پردۂ بکارت بھی متہیج، الیم، اور بیشتر دموی ہوتا ہے، اور منضم لمف کے قطعات جابجا دکھائی دیتے ہیں، اور ہر ایک فجوہ (furrow) پیپ سے پُر ہوتا ہے۔ چھونے پر تمام غشائے مخاطی سے بہت جلد خون بہنا شروع ہوجاتا ہے، اور یہ غائت درجہ الیم



شکل ۱۸۰ حاد عنقی تآکل (Acute Cervical Erosion) کی التہابی اصل کو ظاہر کرتی ہے۔ ایک التہابی رشحہ قنالِ عنق سے باہر کی طرف کو عنق کی جھلی سطح کے نیچے نیچے پھیل گیا ہے۔

ہوتی ہے حتیٰ کہ امتحان عمومی معدم حس کے زیر اثر کرنا پڑتا ہے۔ اس کی علامات یہ ہیں کہ درد نمایاں ہوتا ہے، بیرونی حصوں میں حرارت اور جلن کا احساس موجود ہوتا ہے، اور یہ

متورم ہوتے ہیں۔ مریضہ چل پھر نہیں سکتی، اور چھینکنے اور کھانسنے پر بھی درد ہوتا ہے۔ چند ایک تشخیصوں کے ساتھ بخار بھی ہو جاتا ہے۔ مقامی علامات میں تقریباً تین ہفتہ میں تخفیف ہو جاتی ہے، اور بالعموم ایک مزمن التہاب عنق باقی رہ جاتا ہے۔ مگر مزمن سوزاکی التہاب مہبل کبھی واقع نہیں ہوتا۔

اس امر پر جتنا بھی زور دیا جائے کم ہے کہ مزمن سوزاک میں مہبل کے منظر میں ایسی کوئی چیز قطعاً نہیں پائی جاتی جس سے یہ معلوم ہو کہ مرض موجود ہے۔ اور اس کی وجہ صرف یہ ہے کہ مرض بالعموم مہبل میں نہیں ہوتا بلکہ عنق رحم اور مبال میں ہوتا ہے۔ لہٰذا مزمن سوزاک کی تشخیص کرتے وقت دیوار ہائے مہبل کے منظر کو کوئی اہمیت نہ دینا چاہیئے۔ نوجوان عورتوں میں مہبلی غشائے مخاطی کی سرخی اور اس کا ورم اکثر اوقات سرائیت کے کافی ابتدائی مدارج میں پائے جاتے ہیں۔ اور یہ حالت بالعموم اس پیپ کے ثانوی حملہ سے پیدا ہوتی ہے جو عنق سے آتی ہے۔ بچوں میں سوزاکی سرائیت کا عام نتیجۂ التہاب مہبل ہوتا ہے، اور یہ التہاب فرج کی پیچیدگی کے طور پر بالعموم پایا جاتا ہے۔

سوزاک عنق۔ مبال کے بعد سرائیت کا عام ترین محل عنق ہے۔ ۸۰ فی صدی حاد، اور ۹۵ فی صدی مزمن اصابات میں التہاب عنق موجود ہوتا ہے۔ یہ سرائیت اکثر حالتوں میں دروں عنقی التہاب (endocervicitis) کی شکل میں شروع ہوتی ہے، یعنی ابتدا میں عنقی دروں رحم ملتہب ہو جاتا ہے اور متورم ہو کر فم خارجی سے باہر نکل آتا ہے۔ فم خارجی 293
کے خطہ پر کا طبقاتی سرحلمہ ایک نزتی ارتشاح کی وجہ سے اتر جاتا ہے اور ایک خام سرخ منطقہ باقی رہ جاتا ہے جس پر انجام کار ستونی سرحلمہ پیدا ہو جاتا ہے جس سے ایک واضح نازلتی یا کاذب غدی سلعی (pseudo-adenomatous) قطعہ بن جاتا ہے (تآکل erosion:)۔ نتیجۂ سوزاک مرکب عنقی غدد کے عمیق سرحلمہ تک نفوذ کر جاتا ہے، اور ان کے گرد کا لیفی عضلی ہیکل کثیر الاشکال نواتی سفید خلیات (polymorphonuclear leucocytes) اور مصل سے دررینختہ ہو جاتا ہے (شکل ۱۸۰)۔ ارتشاح سے عنق میں ایک حالت تہیج پیدا ہو جاتی ہے، جو سریری طور پر لینت سے تعبیر کی جاتی ہے، اور حاد مدارج میں ہمشلی منظر سے شناخت کی جا سکتی ہے۔ لہٰذا تازہ حاد سرائیت میں اول اول عنق متورم ہوتی ہے، اور خارجی غشائے مخاطی تنی ہوئی چمکیلی اور سرخ ہوتی ہے۔ اسکے بعد قنال عنق سے

ایک مخاطی قیحی مواد نکلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ ننبوتھی کے سرائت زدہ جرابات کے قیحی نقاط سے عنق کی بیرونی سطح کی صورت (acneiform) معلوم ہوتی ہے (دیکھو صفحہ ۱۸ اج صفحہ 423)۔ درد نمایاں علامت نہیں ہوتا اور مریضہ کی شکایت زیادہ تر اخراج مواد ہی کے متعلق ہوتی ہے۔ لیکن بعض مثالوں میں عجزی خطہ سے کسی قدر درد بھی منسوب ہوتا ہے۔

جسم رحم کا سوزاک۔ جسمی دروں رحمہ اور زیر مخاطی اور عضلی طبقات کا سوزاک ہمیشہ سوزاکی دروں عنقی التہاب کا عاقبہ ہوتا ہے۔ یہ خوش قسمتی سے عنقی دروں رحمہ کی سرائت کے ساتھ ہمیشہ نہیں پایا جاتا گو دوران ایام حیض میں یا حامل رحم کے خالی ہونے کے بعد عنقی قنال کا انفتاح اس کے وقوع کے لئے مساعد ہوتا ہے۔ اگرچہ سوزاکی التہاب عنق لازم طور پر مزمن ہوتا ہے لیکن سوزاکی دروں رحمی التہاب (endometritis) بہت ہی کم عرصہ تک رہتا ہے اور جسم رحم کے دروں رحمہ میں نبتقہ سوزاک کا ثابت کرنا مشکل ہے۔ سوزاکی التہاب انبوبہ میں ایک صادق دروں رحمی التہاب ہمارے مشاہدہ میں بار بار آچکا ہے جیسا کہ یہ پلازمائی خلیات اور ہیکل کی رنگنی دبازت سے ثابت ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قلوبی نلیوں سے سرائت کے بار بار واقع ہونے سے پیدا ہوتا ہو۔ ایسی حالتوں میں دروں رحمہ میں مزمن التہابی عمل کے مندرجہ ذیل ثبوت پائے جاتے ہیں:۔ (۱) سطحی ستونی سر حلمہ کا تکاثر اور اس کی بعد تکوین (metaplasia) جس سے فلسمائی خلیات پیدا ہو جاتے ہیں۔ (۲) دور حیض کے تمام مدارج میں غدی سر حلمہ میں جام نما خلیے نمودار ہو جاتے ہیں۔ (۳) دور مذکور کے تمام مدارج میں غدد کے دہونے بعض اوقات مخاط یا مصل سے متمدد پائے جاتے ہیں جس میں خلیات ابیض، خون، اور سر حلمی تواصل موجود ہوتے ہیں۔ (۴) ہیکل میں پلازمائی خلیے پائے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ ۱۶ صفحہ 409)۔ نبقات سوزاک عاقبۃً نہیں پائے جاتے۔ اور مذکورہ بالا تغیرات سوزاکی سرائت ہی کے لئے مخصوص نہیں۔

التہاب الرحم (Metritis)۔ سوزاکی جسمی دروں رحمی التہاب کے شدید اصابات میں عاشرت عضلہ رحم ماؤف ہو جاتا ہے۔ حاد درجہ میں تمام عضلی دیوار نرم ہو جاتی ہے اور اس سے عدیم الحمل عورتوں تک میں بھی زیر التفافی رحم کا خیال پیدا ہوتا ہے۔ سوزاکی التہاب رحم کی نمایاں ترین حالتوں میں ضمیمی سرائت اور حوضی التہاب باربطون بالعموم موجود ہوتے ہیں۔

سریری خصائص - حاد حالت میں حاد التہاب الرحم کے علامات موجود ہوتے ہیں - ابتدائی مدارج میں عنق درد محسوس ہونے کے بغیر نیچے کی طرف نہیں کھینچی جاسکتی - معدم حس کے زیر اثر امتحان کرنے پر جسم رحم عنق پر صرف تھوڑا سا حرکت پذیر ہوتا ہے - اور ممکن ہے کہ یہ اس طرح پیش خمیدہ ہو کہ عنق پر اسے بالکل حرکت نہ دیجا سکتی ہو۔

موضوعی طور پر بڑی اور تناؤ کا احساس موجود ہوتا ہے، اور ساتھ ہی حوض میں نابض درد بھی پایا جاتا ہے جس سے اینٹھن کی طرح کا ایک "حزق" ("bearing down") پیدا ہو جاتا ہے - جسمانی حرکات غیر ممکن العمل ہوتے ہیں اور مریضہ بہت علیل ہوتی ہے - ارتفاعِ نبض ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔

جن نوجوان عورتوں میں مرض کا پہلا حملہ کہفۂ رحم تک پہنچ جاتا ہے انکو ان عورتوں 298
کی نسبت جن کو سابق مزمن التہاب عنق کی شکایت رہی ہو بہت زیادہ تکلیف ہوتی ہے - اور یہ امر قابل ذکر ہے کہ شدید علامات جلد ہی رفع ہو جاتے ہیں - ایک ہفتہ کے بعد یا بعض اوقات اس سے پہلے ہی اہمیت کم ہو جاتی ہے، اور اینٹھن زائل ہو جاتی ہے، مریضہ چلنا پھرنا شروع کر دیتی ہے، اور اپنی چند دن کی علالت کو کوئی اہمیت نہیں دیتی - لہذا نسائیاتی مزاولت میں حاد رحمی سوزاک عام طور پر دیکھنے میں نہیں آتا - اس کے مریض حاد حملہ کے اختتام پر ہمارے پاس آتے ہیں جبکہ علامات میں کوئی شے دالِ مرض نہیں ہوتی - اس حالت میں افراز اکثر اوقات اس قدر کم ہوتا ہے کہ یہ بآسانی نظر انداز ہو سکتا ہے - اور اس امر کا اطلاق بالخصوص ایسی مزمن سرائت پر ہوتا ہے جو عنقی قنال تک محدود ہوتی ہے اور جس کی صرف ایک ہی علامت اخراجِ مواد ہوتی ہے جو نبقات کے پائے جانے کے باوجود بھی بعض اوقات بالکل صاف ہوتا ہے - کاذب غدی شکلی (pseudo-adenomatous) رقبہ جات (تاکل :erosion) بھی عنق پر پائے جاتے ہیں، لیکن تاکل سے زیادہ معنیٰ خیز فمِ خارجی کا چمکدار سرخ التہابی کنارہ ہوتا ہے جس میں کسی قدر نتشرۂ خارجی (ectropion) پایا جاتا ہے - جب اس قسم کے مقامی امارات موجود ہوں تو اشتدادِ علامات کا بالخصوص کثرتِ مباشرت کے یا حیض کے آنے کے بعد احتمال ہوتا ہے - سیلان از سرِ نو قیحی ہو جاتا ہے اور دردِ حوض پھر عود کر آتا ہے۔

کہفۂ رحم کے ایسے مزمن سوزاک کے، جس کی توسیع نلیوں تک نہ ہوئی ہو

کوئی خاص علامات نہیں ہوتے، اور اس کی تشخیص صرف اس مواد میں سے نبقات کے تلاش کرنے سے کرنا پڑتی ہے جو جسم رحم میں سے خاص احتیاط سے حاصل کیا گیا ہو تاکہ عنق سے تلوث واقع نہ ہو۔

قلوبی نلیوں اور مبیضین کا سوزاک۔ جو امراضیاتی تغیرات نلیوں اور مبیضین میں پائے جاتے ہیں وہ سوزاک کے نوعی تغیرات نہیں ہوتے، اور انبوبی اور مبیضی التہاب کے ابواب میں ان کا بالتفصیل ذکر کیا گیا ہے (دیکھو صفحات 628 تا 649)۔ سوزاک کے اوپر کی طرف پھیلنے میں دو میکانی رکاوٹیں ہیں، یعنی فم داخلی اور قلوبی نلی کا رحمی سرا۔ نبقات میں کوئی ذاتی قوت حرکت موجود نہیں ہوتی۔ یہ انفعالی طور پر نقل مکان کرنے یا مسلسل سطحی نمو کے ذریعہ سے پھیلتے ہیں۔ فم خارجی کے چھوٹے ہونے اور نلی کے رحمی حصہ کے قطر کے بہت تنگ ہونے کی وجہ سے اگرچہ نبقہ کی سی چھوٹی سی چیز کے راستہ میں کوئی رکاوٹ پیدا نہیں ہوتی، مگر سوائے زمانہ حیض کے ان کے میکانی نقل مکان کو مسدود کرنے کے لئے یہ کافی تنگ ہوتے ہیں۔ جو حالتیں اس مرض کے انتشار کی مساعدت کرتی ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں:— (۱) حیض، (۲) ولادت اور زمانہ نفاس، (۳) مباشرت، (۴) استعمال آلات۔ ابتدا فوری اور حاد ہوسکتی ہے۔ اور ایک ابتدائی قشعریرہ بھی پایا جاتا ہے جس کے بعد ارتفاع تپش واقع ہوجاتا ہے جو تقریباً دو ہفتہ تک برقرار رہتا ہے۔ بعض اوقات مسلسل اور دھیمے درد کی بھی شکایت موجود ہوتی ہے۔ چونکہ مرض سے اکثر دونوں طرفیں متاثر ہوتی ہیں اس لئے دونوں حرقفی خطوں میں گیارھویں ظہری فلقہ پر بالعموم الیمیت موجود ہوتی ہے۔ حیض درد سے آنے لگتا ہے، اس کا تواتر بڑھ جاتا ہے اور اس کی مقدار میں پہلے کی نسبت اضافہ ہوجاتا ہے اور یہ زیادہ دیر تک جاری رہتا ہے۔ حاد التہاب انبوبیہ میں دیوار ہائے شکم اس قدر استوار ہوتی ہیں کہ ایک یا دونوں اطراف پر سوائے الیمیت کے اور کچھ معلوم نہیں کیا جاسکتا، لیکن معدم حس کی مدد سے امتحان کرنے پر نلیاں قریباً ہائے رحم سے باہر کی اور پچھلی طرف جاتی ہوئی سخت ڈوریوں کی طرح محسوس ہوتی ہیں، اور ابتدا میں ان کی جسامت میں کوئی زیادتی معلوم نہیں کی جاسکتی۔ اس کے بعد اندمال شروع ہوجاتا ہے اور آئندہ استقرار حمل کے امکان کو خارج از بحث قرار نہیں دیا جاسکتا۔ اگر مکمل طور پر شفایابی نہ ہو تو دباؤ پر الیمیت کا احساس باقی رہتا ہے، اور

حیض درد سے آتا رہتا ہے، عورت عقیم ہو جاتی ہے اور کسی دوروں کا احتمال رہتا ہے۔ سن یاس پر دردزائل ہو جاتا ہے۔ لہٰذا سوزاکی التہاب انبوبہ کے عام نتائج عقم اور دائمی درد حیض ہیں۔ یہ صورت حالات یہاں پہ ہی ختم نہیں ہو جاتی کیونکہ یہ بھی ممکن ہے کہ پیپ کا ایک ناحیہ عظیم پیدا ہو جائے جس سے باریطون، بیضبین، اور ارد گرد کے احشاء ماؤف ہو جائیں۔ یہ حالت عمومی اور مقامی علامات کی شدت میں متناظر اضافہ کے واقع ہونے سے ظاہر ہوتی ہے۔ انبوبی خراج سرائٹ سے عام طور پر بلا واسطہ پیدا نہیں ہوتا، اور اکثر متواتر حملوں کی روئداد موجود ہوتی ہے جن کے درمیان مریضہ کی حالت رو بصحت ہو جاتی ہے۔ 394
ان مریضوں میں ڈگلس کی جیب میں ایک سلعہ پایا جاتا ہے جس کی جسامت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ کسی قدر حرکت پذیر ہوتا ہے، لیکن اکثر اوقات یہ بالکل مثبت اور دبانے پر الیم بھی ہوتا ہے۔ یہ سلعہ کلانی یافتہ نلی اور التہابی ارتشاح پر مشتمل ہوتا ہے جو اس کو متناظر بیض، نزب، اور معائے صغیر سے منضم کر دیتا ہے۔

جب پیپ کا ناحیہ ایک دفعہ کثیف انضمامات میں مکمل طور پر بند ہو جاتا ہے تو تپ اور درد کے حاد حملے کم ہو جاتے ہیں، اور خرابی صحت سے مریضہ پہ زندگی دوبھر ہو جاتی ہے، اور اس طرح کئی سال گذر جاتے ہیں۔

سوزاک باریطون۔ حاد صعودی سوزاک میں اس حالت میں کہ جب کہ نلی کے شکمی دہنہ سے نبقات بھی خارج نہیں ہوتے انبولی اور رحمی باریطونی اسطحوں سے ایک لیفینی ارتشاح واقع ہوتا ہے۔ نلی کی دیوار کے پتلا ہونے کی وجہ سے التہاب تسلسل بافت کے ذریعہ سے اس کے مصلیہ (serosa) تک پہنچ جاتا ہے۔ ان اصابات سے زیادہ اہم التہاب باریطون کے وہ اصابات ہیں جن میں یہ پیپ کے نلی سے خارج ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ معلوم ہو چکا ہے کہ اگر سوزاکی انبولی اجتماع ریم (gonorrhœal pyosalpinx) کے دوران استیصال میں اس سے پیپ بکثرت ٹپکتی رہے تو اس سے مہلک عمومی التہاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ غالباً نبقات عنبیہ (staphylococci) اور نبقات سبحیہ (streptococci) کی مخلوط سرائت ہے، کیونکہ اکیلے نبقات سوزاک باریطون پر زیادہ عرصہ تک زندہ نہیں رہتے۔ تاہم یہ اتنے عرصہ تک موجود رہ سکتے ہیں جتنے میں سطح پر لیفینی قسم کی ارتشاح پیدا ہو سکتا ہے، جس کے آخری نتائج یہ ہوتے ہیں کہ

قرب و جوار کے اعضا، یعنی تلیاں، بیضین، ثرب، معائے مستقیم اور جداری باریطون آپس میں مضبوطی سے منضم ہو جاتے ہیں۔

التہابِ باریطون کی ابتدا سریری طور پر تپش کے ارتفاع اور درد کے بڑھنے سے ظاہر ہوتی ہے۔ بعض مریض باریطون کے متاثر ہوتے ہی بےحد علیل ہو جاتے ہیں۔ جو شدید درد ابتدا میں اور آئندہ حملوں میں پایا جاتا ہے اس کی توجیہ التہابِ باریطون سے ہوتی ہے۔

مبرز اور معائے مستقیم کا سوزاک۔ یہ حالتیں بالعموم سوزاک کی نادر الوقوع پیچیدگیاں تصور کی جاتی ہیں، لیکن اگرچہ عورت میں معائے مستقیم کی سوزاکی سرائت کے موضوعی اور معروضی امارات تقریباً ناپید ہوتے ہیں، مگر یہ ممکن ہے کہ یہ اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ واقع ہوتا ہو جس کثرت کے ساتھ اس کا واقع ہونا بالعموم پہلے تصور کیا جاتا تھا۔ بولی تناسلی سوزاک کے دوران میں اس کی شرحِ وقوع حال ہی میں ۵، فی صدی تک بتائی گئی ہے۔ یہ عدد غشائے مخاطی کے ان ذرات کا امتحان کرنے سے معلوم کیا گیا ہے جو مشتبہ اصابات میں معائے مستقیم کی ۵۰ تا ۱۰۰ مکعب سنٹی میٹر نیم گرم پانی سے آبیاری کرنے سے حاصل ہوئے تھے (گلنگر کا طریقہ :Glinger's method)۔ بکل[1] (Bickel) اور ابراہیم (Abraham) نے اس طریقہ سے حاد بولی تناسلی سوزاک کے ۱۰۰ مریضوں میں سے ۲۰ میں معائے مستقیم کی سرائت دریافت کی۔ ایسے ۷۸ مریضوں میں جن میں سے بعض میں سریری روئداد سے یہ معلوم ہوا کہ ان میں اولین سرائت کم از کم دس سال پہلے واقع ہوئی تھی معائے مستقیم کی سرائت کی ۱۶ مثالیں پائی گئی ہیں۔

مرض کے پیدا ہونے کے لئے قنال کے زیادہ عمیق حصوں کے ساتھ پیپ کے بلا واسطہ تماس کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس مرض کی ابتدا بعض اوقات مجامعت براستہ مبرز، ناصاف آلات، یا اصبعی امتحان، یا کاغذِ طہارت (toilet paper) سے ہوتی ہے۔ اور عجان کی دریدگی سے بھی جو دورانِ ولادت میں واقع ہو یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ اسکے

---

[1] L. Bickel and L. Abraham. *Zentralb. f. Gynak.*, January 23rd, 1932, p. 200.

علامات یہ ہیں کہ رفعِ حاجت کے بعد حرارت اور جلن کا احساس ہوتا ہے، اور دہنۂ میرز پر ثآلیل (کلات)، قرحے، اور ناسور پیدا ہو جاتے ہیں۔ حاد اصابات میں مواد خون سے ملا ہوا ہوتا ہے۔ غشائے مخاطی کے متہیج شکن حلقۂ میرز سے نیچے کی طرف کو ابھرے ہوتے ہیں، اور یہ چھونے پر بہت الیم ہوتے ہیں۔ جب مرض مزمن ہو جاتا ہے تو ورم میں تخفیف ہو جاتی ہے، لیکن مخاطیہ بدستور سُرخ رہتا ہے۔ اور میرز کو منسح کرنے پر دہنۂ میرز سے اوپر ثآلیل (کلات) پائے جاتے ہیں، اور بعض اوقات یہ داخلی عضلۂ عاصرہ سے بھی اوپر ہوتے ہیں۔ مخاطی شکنوں میں شقاقِ سوزاک کا اشتباہ کرنا مشکل ہے، اس لئے معائے مستقیم کے سوزاک کا میلان مزمن ہونے کی طرف ہوتا ہے، اور اس سے تآکل (granulation) اور تضییق (stricture) کے پیدا ہونے کا 295
احتمال ہوتا ہے۔ سوزاک سے پیدا شدہ تضییق عورتوں میں بالعموم داخلی عضلۂ عاصرہ سے نیچے واقع ہوتا ہے۔ گرد میرزی یا مستقیمی خراجات اور مستقیمی ناسور معائے مستقیم کے سوزاک کے متاخر نتائج کے طور پر پیدا ہو سکتے ہیں۔

عورتوں میں سوزاک کا مآل ۔ سریری نقطۂ نظر سے یہ مرض بعض اوقات خفیف ہوتا ہے اور بعض اوقات شدید، اور اس کی شدت کا انحصار زیادہ تر اس کے محل پر ہوتا ہے۔ جب تک یہ مبال اور عنق تک محدود رہتا ہے یہ خفیف رہتا ہے، اور جب یہ ایک دفعہ فمِ داخلی سے آگے گذر جاتا ہے تو شدید ہو جاتا ہے۔ کئی ایک عورتیں اسی موقعہ سے ابتدائے مرض کی تاریخ کا حساب لگاتی ہیں۔ اور جو حالت سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ نظر انداز کر دی جاتی ہے وہ مزمن مبالی التہاب ہے جس کے ساتھ کبھی التہابِ عنق ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔ مرض کا حاد درجہ جلد ہی گذر جاتا ہے اور درد کی بھی یاد نہیں رہتی۔ کسی قدر مواد آتا رہتا ہے جس کی طرف توجہ نہیں کی جاتی۔ مریضہ میں مرض کے لئے قوتِ برداشت پیدا ہو جاتی ہے اور وہ ڈاکٹر سے مشورہ طلب نہیں کرتی۔

اختلالاتِ فعل ۔ یہ محلِ مرض کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر مرض سوزاک بچپن میں عارض ہو تو اس سے مستقبل کے افعال میں کوئی خلل نہیں آتا، کیونکہ رحم اور نلیاں بالعموم بچ جاتی ہیں۔ اگر کوئی رودادِ مابعد موجود ہو تو یہ عارضۂ فرج ہی کے متعلق ہوتی ہے جس کے علامات خارش اور جلن ہوتے ہیں۔ جو بچہ اس عارضہ کے علاوہ تندرست ہو اس میں مرض کا مآل موافق ہوتا ہے، اور بہت سی حالتوں میں چار سے چھ ہفتہ تک کے عرصہ میں

سرسری طور پر شفا حاصل ہو جاتی ہے۔

جو فعلی اختلالات بالغ عورتوں میں پائے جاتے ہیں وہ عملِ حیض اور تبویض کے متعلق ہوتے ہیں۔ سوزاکی دروں رحمی التہاب اور انبوبی بیضی التہاب (salpingo-ovaritis) سے عملِ حیض میں خلل آجاتا ہے، درمیانی وقفہ کم ہو جاتا ہے، مدتِ سیلان طویل ہو جاتی ہے، اور مقدار میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ وجع الحیض (menorrhalgia) بالعموم موجود ہوتا ہے۔ اور در بعض اوقات سیلان سے ایک ہفتہ بیشتر شروع ہوتا ہے، اور بعد میں بھی اتنے ہی عرصہ تک جاری رہتا ہے۔ التہابِ انبوبہ اور التہابِ باریطون سے دردِ حیض میں قدرتی طور پر اشتدادات پیدا ہو جاتے ہیں۔ تبویض میں اس وقت تک کوئی خلل نہیں آتا جب تک کہ بیض کیسہ بند نہ ہو جائے، یا اس میں پیپ نہ پڑ جائے، اور یا یہ سارے کا سارا لیف آسا تصلب کی حالت میں نہ ہو۔ ان حالتوں میں حیض کے بے قاعدہ ہو جانے اور بے طمثیت تک کے پیدا ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

سوزاک کا تعلق باروری سے۔ یہ ضروری نہیں کہ سوزاک سے ہمیشہ عقم پیدا ہو۔ رمدِ نومولود (ophthalmia neonatorum) کی کثرتِ وقوع سے یہ امر ثابت ہوتا ہے، کیونکہ اکثر اصابات میں زچہ میں بوقتِ استقرارِ حمل یہ مرض موجود تھا (بم :Bumm)۔ دو جانبی التہابِ انبوبہ سے نلیوں کے مسدود ہو جانے کے بعد استقرار ہرگز واقع نہیں ہو سکتا۔ بہت سی عورتیں یا تو بالکل عقیم ہو جاتی ہیں، اور یا ایک بچہ جننے کے بعد ایسا ہوتا ہے۔ سوزاک اور اسقاط کے درمیان جو تعلق ہے اس کا ابھی مکمل طور پر تصفیہ نہیں ہوا۔ سینگر (Sänger) کا یہ خیال تھا کہ دروں رحمہ کا سوزاک ریزینہ میں التہاب پیدا کرنے سے چوتھے یا پانچویں مہینہ کے قریب اسقاط پیدا کرتا ہے، اور ریزینہ کے ٹکڑوں میں جو ایسے اسقاط کا ایک حصہ ہوتے ہیں تبقاتِ سوزاک پائے جا چکے ہیں۔ جب کہفۂ رحم بیضہ سے مکمل طور پر پُر ہو گیا ہو تو سوزاک اسقاط پیدا نہیں کر سکتا۔ اور جہاں تک رحم کا تعلق ہے کوئی علامات بھی موجود نہیں ہوتے، اگرچہ عنق اور مبال دونوں سے مواد بہت افراط کے ساتھ خارج ہوتا ہے۔

سوزاکی عفونتِ الدم (Gonococcal Septicæmia)۔ تبقاتِ سوزاک گاہے گاہے خون کی رو میں داخل ہو سکتے ہیں، اور ان سے ایک عمومی سرایتِ خون

پیدا ہوتی ہے جو سریری طور پر نبقات سبحیہ (streptococci)، اور دیگر عضویوں سے پیدا شدہ عفونت الدم سے ناقابلِ شناخت ہوتی ہے۔ نبقۂ سوزاک سے نظامی سرائت شاذ و نادر ہی پیدا ہوتی ہے۔ حاد درجہ میں واقع ہونے کی نسبت مقامی ضرر کے مزمن ہونے کے بعد اس سرائت کے ظہور پذیر ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے، لیکن ابتدائی حملہ کے سات دن کے اندر اندر اس کے واقع ہونے کا بھی ہمیں علم ہے۔ مردوں میں
عورتوں کی نسبت یہ زیادہ کثرت سے واقع ہوتی ہے، اور یہ بچوں اور غیر حاملہ عورتوں کی 296
نسبت حاملہ عورتوں میں اکثر دیکھنے میں آتی ہے۔ عورتوں میں عمومی سوزاکی سرائت ایسی حالت میں بھی جبکہ سوزاک کے تمام علامات خارجی اعضائے تناسل سے غائب ہو چکے ہوں، کسی دروں حوضی ضرر مثلاً التہاب انبوبہ سے پیدا ہو سکتی ہے۔

سوزاکی عفونت الدم میں نبقات سوزاک خون سے خالص کاشتوں میں پیدا کئے جا چکے ہیں، لیکن سرائت اکثر اوقات مخلوط ہوتی ہے، اور جو عضویے اس کے ساتھ موجود ہوتے ہیں وہ اکثر عصیہ قولون (colon bacillus)، نبقات سبحیہ (streptococci)، اور نبقات عنبیہ (staphylococci) ہوتے ہیں۔

انذار ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے اور یہ بالخصوص اس وقت ایسا ہوتا ہے جبکہ نبقات سوزاک کے ساتھ نبقات سبحیہ بھی موجود ہوں۔ سوزاکی عفونت الدم بعض اوقات بذاتِ خود مہلک ثابت ہوتی ہے، لیکن موت اکثر اوقات شروحات (metastases) کی وجہ سے واقع ہوتی ہے، اور ان میں سے اہم ترین دروں قلبی التہاب (endocarditis)، التہاب گرد قلبیہ (pericarditis)، التہاب مفصل (arthritis)، التہاب گرد عظمیہ (periostitis)، ذات الجنب (pleurisy)، ذات الریہ (pneumonia)، اور حوضی کلوی التہاب (pyelonephritis) ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہوگا کہ مصلی اور زلالی اغشیہ سرائتی سدادوں کے لئے مرغوب مقامات ہیں۔ شروحی ضررات غلافہائے رباطات، گرد عظمیہ، اعصاب، عضلات، غدۂ نکفیہ (parotid gland)، اور جلد میں بھی کبھی کبھی دیکھنے میں آچکے ہیں۔ عمومی سوزاکی سرائت کا عام ترین مقامی مظہر التہاب مفصل ہے۔ نبقۂ سوزاک التہاب مفصل میں اور ان اریکات میں پایا گیا ہے جو زلالی اغشیہ پر موجود ہوتے ہیں۔ جب سرائت مخلوط ہوتی ہے تو التہاب قیحی ہو جاتا ہے۔ یہ مرض یک مفصلی ہونے کی بجائے

کثیر مفصلی ہوتا ہے۔ جو جوڑ اس سے سب سے زیادہ کثرت سے ماؤف ہوتا ہے وہ گھٹنے کا جوڑ ہے۔ مردوں کی نسبت عورتوں میں اس سے پونہچا زیادہ تر متاثر ہوتا ہے۔ بچوں اور شیر خواروں میں سوزاکی التہابِ مفصل، فرجی مہبلی التہاب اور رمد (ophthalmia) کے بعد پیدا ہو سکتا ہے۔ ہولٹ (Holt) کا یہ بیان ہے کہ کم عمر شیر خوار بچوں میں تقیح الدمی التہابِ مفصل کسی دوسرے خرد عضویہ کی نسبت بنقیۂ سوزاک سے زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔ جہاں تک زندگی کا سوال ہے انذار اچھا ہے۔ اس کے حملے بار بار ہوتے ہیں اور جساءت (ankylosis) بالعموم واقع ہو جاتی ہے، مگر بالغوں کی نسبت بچوں میں اسکے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

سوزاکی التہابِ مفصل کے علامات تشخیص، اور علاج کے لئے عمومی جراحی کی کوئی کتاب دیکھنا چاہئیے۔

تشخیص۔ مردوں کی نسبت عورتوں میں تشخیص بہت مشکل ہوتی ہے، کیونکہ مہبلی مواد امراضیاتی حالتوں کے ایک تمام سلسلہ کی ایک علامت ہوتا ہے جو سرائتی نہیں ہیں۔ اگر مہبل کا امتحان کرنے پر مبال کو دبانے سے پیپ نظر آئے اور ساتھ ہی عنقی غشائے مخاطی اور مبال کی رنگت سُرخ ہو اور ان کا نتشرۂ خارجی (ectropion) موجود ہو تو سوزاک کا شبہ کیا جا سکتا ہے۔ مرض مدارج میں بعض اوقات تبوّل کے بعد مبال میں پیپ نہیں ہوتی تا وقتیکہ چند گھنٹے نہ گذر جائیں۔ بارتھولین کی قنات سے پیپ یا مخاطی پیپ کا خارج ہونا سوزاک کی طرف اشارہ کرتا ہے، لیکن اس قنات کے دہنہ کی سُرخی جسے سینگر (Sänger) سوزاکی لطخہ (macula gonorrhœica) کے نام سے موسوم کرتا ہے زیادہ تشخیصی وقعت نہیں رکھتی۔ بارتھولینی غدہ کا تقیح بالعموم سوزاک کو ظاہر کرتا ہے لیکن ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا، کیونکہ یہ تقیح زمانۂ نفاس میں اور باکرہ لڑکیوں میں بھی سرائت سے پیدا ہو سکتا ہے۔

سوزاک کی تشخیص جرثومیاتی امتحان کے بغیر یقینی طور پر نہیں کی جا سکتی۔ نوجوان عورتوں میں مہبل یا فرج سے آنے والا قیحی مواد قاعدۃً سوزاکی نہیں ہوتا۔ نیز ذرّاتی التہابِ مہبل (granular vaginitis) بھی بالعموم سوزاکی نہیں ہوتا۔ عنقی مخاطیہ کے کاذب غددی سلعی (seudo-adenomatous) قطعات (تاکلات: erosions) اور مختلف التہابات پر بھی

بھی صادق آتا ہے۔ "سوزاک مسے "تک بھی ہمیشہ دالہ مرض نہیں ہوتے۔ وہ تمام تغیرات جو رحم، نلیوں، اور باریطون میں سوزاک کی سرائت سے پیدا ہو سکتے ہیں وہ عفونت سے بھی پیدا ہو سکتے ہیں، اور نفاسی حالت میں بالخصوص ایسا ہوتا ہے۔ اس لئے یہ ضروری ہے کہ تمام متلازم عوارض کے مفصل حالات پر غور کیا جائے، اور روئداد مرض کا احتیاط سے تجزیہ کیا جائے تاکہ سوزاک کی تشخیص کرنے میں کوئی غلطی نہ ہو۔ ناکتخدا نوجوان عورتوں میں انبوبی اورام کی تفریقی تشخیص 297
کرنے میں درنہ (tubercle) کا ضرور خیال رکھنا چاہئے۔

اگر تبول ساطع ہو اور مہبل سے مواد بھی آتا ہو، اور یہ شکائتیں شادی سے جلد بعد شروع ہو گئی ہوں تو ان کی وجہ غالباً سوزاک ہوتا ہے۔ پیشاب میں تاگوں کی موجودگی سوزاک کی طرف اشارہ کرتی ہے لیکن یہ دالہ مرض ہے۔

مشتبہ سوزاک کے تمام اصابات میں جو مواد عنق یا مبال یا بارتھولینی غدہ کی قنات سے نکلتا ہو اسے خردبینی یا کاشتی تحقیقات کے لئے پلاٹینم کے عقیم حیبر اور بحار سے پر جمع کرنا چاہئے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مزمن سوزاک کے اصابات میں مہبلی موادات سے تیار کردہ فلمی تجہیزات میں نیفۂ سوزاک بہت شاذ طور پر پایا جاتا ہے، لیکن جہاں فلموں سے ناکامی ہوئی ہو وہاں کاشتی طریقوں سے مثبت نتائج حاصل ہو جاتے ہیں۔ ہیرسن (Harrison) نے بیان کیا ہے کہ نسوانی سوزاک کے ۲۲۵ متوالی اصابات کے ایک سلسلہ میں جس کا تجزیہ سینٹ تھامس ہاسپیٹل کے وینیریل کلینیک میں کلیمنٹس (Clements) اور پیئن (Payne) نے کیا ہے، نیفۂ سوزاک ۵۵ میں پہلے امتحان پر صرف بذریعہ کاشت ہی شناخت کیا جا سکا، ۸ اصابات میں یہ کاشت اور فلم میں پایا گیا، اور ۴۷ اصابات میں یہ صرف فلم میں موجود تھا۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اگر کاشتی طریقوں کا استعمال نہ کیا جاتا تو یہ اصابات کی ایک کافی تعداد میں شناخت نہ کیا جا سکتا۔ چونکہ خردبین سے سوزاک کی تشخیص کرنے میں انتہائی وقت پیش آتی ہے اس لئے کیمیائی اور فعلیاتی کاشفات کا استعمال رائج ہو گیا ہے۔ مخاطیہ میں تحرش کے اشتعال کے لئے نائیٹریٹ آف سلور (nitrate of silver) کا اشراب کیا گیا ہے تاکہ جرثومی لمف بہ کر سطح کی طرف آنے لگے۔ اسی طرح یہ بھی کہا جاتا ہے کہ اشتعالی سوزاکی جدرین (provocative gonococcal vaccine) مخفی ماسکات میں ہیجان پیدا کر دیتی ہے۔

ڈیوڈ تھامسن[1] (David Thomson) نے ملر (Müller) سے ذیل کا اقتباس کیا ہے "اگر جدرین کے اشتعالی معتاد کے بعد مبال کے مواد میں اضافہ ہوجائے، یا یہ پھر عود کر آئے تو یہ اس امر کی شہادت ہے کہ مرض سے ابھی تک شفا حاصل نہیں ہوئی"۔ تھامسن، پرائس (Price)، اور ہیریسن (Harrison) اور دیگر محققین کے مطابق متمم تثبیتی کاشفہ (complement-fixation test) بہت تشخیصی اہمیت رکھتا ہے۔

حفظ ماتقدم اور علاج۔ عوام الناس کو یہ تعلیم دینا ضروری ہے کہ وہ سوزاک کو ایک خطرناک مرض تصور کریں، اور اسے محض ایک سوء اتفاق یا خفیف سی تکلیف خیال نہ کریں۔ ڈاکٹروں کو اپنے مرد مریضوں کو اس مرض کے ان خطرناک نتائج سے ضرور متنبہ کر دینا چاہئے، جو ازدواجی زندگی میں پیدا ہوتے ہیں، اور مزمن سوزاک کی موجودگی میں ازدواج کو ممنوع قرار دے دینا چاہئے۔ مریضوں کو مواد کی سرائت رسانی سے آگاہ کر دینا چاہئے، اور اس کو دور کرنے کے لئے اسفنجوں کا استعمال ہرگز نہ کرنا چاہئے بلکہ اعضائے تناسل کو روئی سے صاف کرنا چاہئے جو بعد میں فوراً جلا دی جائے۔

حاد درجہ میں مریضہ کو بستر پر آرام کرنا چاہئے۔ اور ورکی غسل (sitz bath) لینا چاہئے اور خارجی اعضائے تناسل کو کسی خفیف دافع عفونت مثلاً بورک ایسڈ لوشن (boric acid lotion) سے دھونا چاہئے۔ حاد درجہ میں سوائے اس کے اور کوئی مقامی علاج نہ کرنا چاہئے کہ خارجی اعضائے تناسل پر لینولین (lanoline) لگا دی جائے تاکہ ان پر مواد سے انسحاج (excoriation) نہ پیدا ہوجائے۔ عنقی سوزاک میں حاد مدارج میں عنق پر طلا نہ کرنا چاہئے بلکہ مہبل اور فرج کو نطولات، غسول، اور گلیسرین یا گلیسرین اور ایکری فلیوین (۵۰۰ میں ۱) کے روزانہ مہبلی اقطارات (vaginal instillations) سے صاف رکھنا چاہئے۔ چوتھے ہفتہ کے بعد جبکہ مرض تحت الحاد ہوجائے تو بطانۂ عنق (endocervix) پر پلے فیئر (Playfair) کی سلائی سے جس کا سرا ۱۰ فی صدی پروٹارجن (protargen)، یا کولائیڈل سلور آئیوڈائیڈ (colloidal silver iodide) کے تازہ طیار کردہ ۱۰ فی صدی محلول، یا مرکیورو کروم کے ۲ فی صدی محلول میں ڈبو کر تر کیا گیا ہو

[1] "Gonorrhœa," David Thomson. Frowde, Hodder & Stoughton, 1923.

طلا کر دینا چاہئے۔ ہیریسن (Harrison) مرکیوروکروم کی تائید اس لئے کرتا ہے کہ اس کے خیال کے مطابق یہ دوسرے دافعاتِ عفونت کی نسبت بافتوں کے لئے کم مضر ہے۔ اس محلول سے روئی مرتکز کر لی جاتی ہے اور چوبی "فتیلوں" (wooden "tents") پر لپیٹ لی جاتی ہے۔ یہ فتیلے قنال عنق میں داخل کر دئے جاتے ہیں' جہاں یہ پھول کر سرائتی افراز کو دبا کر غدد عنق سے باہر نکال دیتے ہیں' نیز مرکیوروکروم کا محلول بافتوں میں نفوذ کر جاتا ہے اور ان کی سرائت کو دفع کر دیتا ہے۔ یہ عنقی فرزجے ہر دوسرے یا تیسرے دن داخل کئے جاتے ہیں۔ 298

امریکہ میں انفعالی بیش دمویت پیدا کرنے اور عنقی غدد کو افراز سے خالی کرنے کے لئے متعدد کپ لگا کر امتصاصی پمپ کے ذریعہ سے امتصاص کیا گیا ہے' اس کے بعد مرکیوروکروم کا ۲ فی صدی محلول پچکارے سے عنق پر ہفتہ میں دو دفعہ لگا دیا جاتا ہے۔

سخت التہاب مبال کا علاج اس قنال میں ۱ فی صدی کولائیڈل سلور آئیوڈائیڈ (colloidal silver iodide) کا خفیف سے دباؤ سے روزمرہ اشراب کرنے' یا ایسی مبالی شمعات (urethral bougies) کے استعمال سے جن کا اساس کوکو بٹر (cocoa-butter) ہو کیا جاتا ہے۔

سوزاکی التہاب مہبل کے لئے امریکہ میں ایک علاج رائج ہے جو "خشک علاج" کے نام سے موسوم ہے۔ مریضہ کو وضع سمس میں لٹا کر سمس کے منظار سے مجان کو باز کشیدہ کر لیا جاتا ہے' اور مہبل کو عقیم روئی سے خشک کرنے کے بعد گرم ہوا میں اسکا تکشف کیا جاتا ہے' جو برقی ناشف (electric drier) سے نکلتی ہے۔ جب یہ قنال بالکل خشک ہو جاتی ہے تو اس کی سطح سب کاربونیٹ آف بسمتھ (subcarbonate of bismuth) سے ڈھانپ دی جاتی ہے جسے منفاخ (insufflator) کے ذریعہ سے داخل کیا جاتا ہے۔

جو جبھی دروں رحمی التہاب سوزاک سے پیدا ہو اس کا علاج بہت ہی احتیاط سے کرنا چاہئے۔ مجرف (curette) کا ہرگز استعمال نہ کرنا چاہئے۔ سرائت زدہ دروں رحم کو پلے فیئر (Playfair) کی سلائی کے ذریعہ سے کولوسال سلور آئیوڈائیڈ

(collosal silver iodide) (۵ فی صدی) یا "چاندی" کے دیگر تجہیزات کے لگانے کا اب تک بہت رواج رہا ہے۔ امراض زہراوی کی بعض سرپرستی گاہوں میں اس علاج کی جگہ کہفۂ رحم میں گلیسرین کا اشراب کر دیا جاتا ہے' اور یہ طریقہ ریمنگٹن ہابس (Remington Hobbs) نے رائج کیا تھا۔ گلیسرین دافع عفونت بھی ہے اور نم گیر بھی۔ موخر الذکر خاصہ بافتوں کی موثر سیلیت کو ترقی دینے کے لئے ایک قابل قدر مساعد ہے۔ مناسب سیلیت کے برقرار رکھنے کو نسوانی تناسلی خط کے سوزاک کے مقامی علاج کا ایک اہم جز تصور کیا جاتا ہے۔

مزمن سرائتوں میں ویکسین کے مناسب استعمال سے مریضہ کی عمومی قوت مزاحمت کو بڑھانے کی کوشش کرنا چاہئے۔ ہیریسن (Harrison) کا یہ خیال ہے کہ سوزاک میں ویکسینوں کے استعمال سے سریری استفادہ صرف اسی حالت میں کیا جا سکتا ہے جبکہ انکے استعمال اور ان کی مقدار کو متمم تثبیتی کاشفہ (complement-fixation test) سے منضبط رکھا جائے۔ ویکسین کے علاج کو منضبط رکھنے میں جو اہمیت متمم تثبیتی کاشفہ کو حاصل ہے اس کا مظاہرہ جنگ یورپ کے دوران میں تھامسن (Thomson) نے کیا تھا۔ اور سینٹ تھامسز ہاسپیٹل (St. Thomas's Hospital) میں کلیمینٹس (Clements) نے بھی انہی اصولوں پر تحقیقات کرنے سے حوصلہ افزا نتائج حاصل کئے ہیں۔

مزمن دروں عنقی التہاب' مزمن التہاب مبال' مزمن فرجی سرائتوں' اور سوزاکی انبوبی بیضی التہاب کا علاج چند سالوں سے برقی حرارت رسانی (diathermy) کے ذریعہ سے ایک وسیع پیمانے پر ہونے لگا ہے۔

برقی حرارت رسانی بہت اعلیٰ تعدد کی تبادل برقی رو کا استعمال ہے۔ تبادلات (alterations) مسلسل برقرار رہتے ہیں' اور اس رو کے استعمال سے بافتوں میں برق پاشیدگی کا فعل واقع نہیں ہوتا۔ بخلاف اس کے بافتوں میں ہر گہرائی تک حرارت پیدا کی جا سکتی ہے' بشرطیکہ وہ دونوں برقیروں کے درمیان واقع ہوں۔ پیدا شدہ حرارت کی مقدار کا انحصار (۱) ملی ایمپیئروں کی تعداد' (۲) برقیروں کی اضافی جسامت' (۳) بافتوں کی مزاحمت' اور (۴) برقی رو کے بہنے کی مدت پر ہوتا ہے۔

طبی برقی حرارت رسانی اس حرارت کا استعمال ہے جو برقی رو کے گذرنے سے

بافتوں میں پیدا ہوتی ہے' اور ۳۷٫۵° سے لیکر ۵۲° م تک ہوتی ہے۔ ۵۲° م سے اوپر اسکی علاجی اہمیت زائل ہوجاتی ہے' اور تپش سے برقی ترویب پیدا ہوجاتی ہے۔ اور بافتیں تباہ ہوجاتی ہیں۔ لہٰذا ۵۲° اور ۶۰° م کے درمیان برقی حرارت رسانی ایک جراحی طریقۂ عمل ہے۔

سوزاک کی سرایت میں برقی حرارت رسانی کی علاجی اہمیت کا انحصار ابتدا میں اس امر پر تھا کہ بنقۂ سوزاک کسقدر ادنیٰ تپش پر تباہ ہوجاتا ہے۔ چیری[1] (Cherry) بیان کرتا ہے 299
کہ اگر ۴۱° سے ۴۳° م تک کی تپش دس منٹ تک برقرار رکھی جائے تو یہ بنقۂ سوزاک کی نامی کاشت کو ہلاک کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے' اور ۴۳° سے لیکر ۴۴° م تک کی تپش اسے مہبل میں ہلاک کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے چیسر ماٹر (Chassar Moir) نے حال ہی میں اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ اس دعویٰ کی مزید تائید نہیں کی جاسکتی کہ بافتوں میں جو حرارت پیدا ہوتی ہے اسی سے بنقات سوزاک ہلاک ہوجاتے ہیں' کیونکہ حاد سوزاک میں برقی حرارت رسانی کے فوراً بعد مہبل سے ان عضویات کی کاشت کرنا ممکن ہے۔ اس کا یہ خیال ہے کہ اس علاج سے جو سریری فوائد حاصل ہوتے ہیں ان کی وجہ افزائش سیلیت اور زیادتی عروقیت ہے۔ عملی نقطۂ نظر سے ایک اہم امر یہ ہے کہ مزمن سوزاک میں سرایت بہت مخلوط ہوتی ہے' اور بنقات سبحیہ وعنبیہ اکثر موجود ہوتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں کمبربیچ (Cumberbatch) اور رابنسن[2] (Robinson) برقی حرارت رسانی کی رو کا تکملہ جست اور تانبے کی رواں رسانی (ionisation) سے کرتے ہیں۔ برقی حرارت رسانی کی اہمیت کا تمام تر انحصار اس کے جراثیم کش اثر پر نہیں۔ صعودی سوزاک میں جبکہ نلیاں اور بیضین ماؤف ہوچکے ہوں' اور التہابی انبوبی بیضی تودے موجود ہوں تو بافتوں کی حرارت سے پیدا شدہ تپش وموجیت عرقی' رکود کو کم کردیتی ہے' عبور الرشاح (transudation) کی

---

[1] Cherry, Thos. H. "Diathermy in Pelvic Infections." *Med. Journ. and Record*, July 15th, 1925.

[2] Cumberbatch and Robinson. "Treatment of Gonococcal Infection by Diathermy." W. Heinemann, 1925.

مساعدت کرتی ہے، اور عصبی ریشوں سے دباؤ کو دور کر دیتی ہے، اور اس طرح یہ درد میں تسکین پیدا کرتی ہے، اور التہابی ارتشاح کے انجذاب کی تائید کرتی ہے۔ یہ دعویٰ بھی کیا گیا ہے کہ برقی حرارت رسانی سے تمام بافتوں کے اکٹھے گرم ہو جانے کی وجہ سے ان کی جراثیم کش طاقتوں میں اضافہ ہو جاتا ہے۔

مزمن دروں عنقی التہاب میں ایک بڑے برقیرہ کو شکم پر اور چھوٹے برقیرہ (حامل حرارت: thermophore) کو قنال عنق میں رکھا جاتا ہے۔ ۵۰۰ تا ۸۰۰ ملی ایمپیئر کی رو کا استعمال پندرہ منٹ سے لیکر بیس منٹ تک کیا جاتا ہے، اور قنال عنق میں تپش کو ۴۳ تا ۴۷ م پر قائم رکھا جاتا ہے (چیری: Cherry)۔

کمبر بیچ (Cumberbatch) اور رابنسن (Robinson) اس سے زیادہ تپش اس سے تھوڑے عرصہ کے لئے استعمال کرتے ہیں، یعنی تقریباً ۵۰ م دس منٹ کیلئے۔

مزمن التہابِ مبال کے لئے بھی یہی طریقۂ عمل اختیار کیا جاتا ہے۔ چونکہ یہ قنال حساس ہوتی ہے اس لئے جب حرارت بہت زیادہ ہو جائے گی تو درد محسوس ہوگا۔

کمبر بیچ اور رابنسن نے یہ دلچسپ مشاہدہ کیا ہے کہ سوزاکی التہابِ مفصل میں اس طریقۂ علاج کا اطلاق عنق اور مبال پر کرنے سے جوڑوں کا درد اور ورم کم ہو جاتا ہے۔

کمبر بیچ برقی حرارت رسانی کو بچوں اور باکرہ عورتوں کے فرجی مہبلی التہاب میں استعمال کرنے کی تائید کرتا ہے فعّال برقیرہ (active electrode) معائے مستقیم میں رکھا جاتا ہے۔

یونیورسٹی کالج ہاسپیٹل میں چیسر مائر (Chassar Moir) نے برقی حرارت رسانی (diathermy) کے علاج سے ۴۴ اصابات کے ایک سلسلہ میں سے ۲۰ کے سریریاتی اور جرثومیاتی طور پر شفایاب ہونے کا اندراج کیا ہے۔ اس کا یہ خیال ہے کہ مختلف مقامی اطلاقات سے ۵۰ فیصدی مریض پانچ یا چھ ماہ کے قوی علاج سے صحت یاب ہو جاتے ہیں، اور بقیہ ۵۰ فی صدی میں اس قسم کے علاج کو جاری رکھنا تضییع اوقات ہے۔ ایسے مریضوں کے علاج کا بہترین طریقہ برقی حرارت رسانی ہے۔

یہ ظاہر ہے کہ سوزاک میں مجامعت کو ممنوع قرار دینا چاہئے۔

زمانہ نفاس میں ایک طویل مدت تک آرام کرنا ضروری ہوتا ہے۔ مریضہ کو چار پانچ ہفتے تک بستر میں رکھنا چاہیئے خواہ ارتفاع تپش موجود نہ بھی رہا ہو۔ جن نفاسی عورتوں کو سوزاک کی شکایت ہو ان کے لئے سب سے زیادہ خطرہ کا وقت وہ ہوتا ہے جبکہ وہ بستر سے اٹھکر چلنا پھرنا شروع کرتی ہیں۔

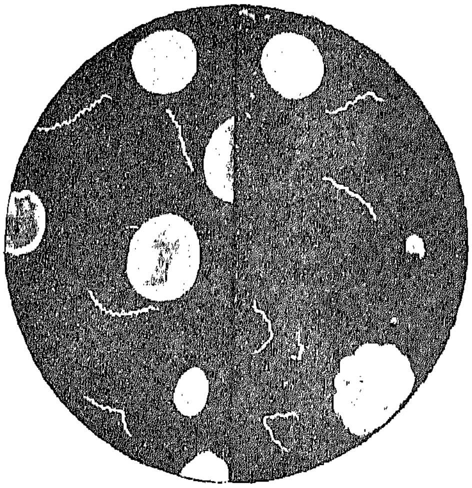
نسوانی آتشک 300

اس فصل میں ہم آتشک کا ذکر عمومی طور پر نہیں کریں گے۔ اس مرض کی جو شکل عورتوں میں پائی جاتی ہے وہ اس کی اس شکل سے بین اختلافات رکھتی ہے جو مردوں میں دیکھنے میں آتی ہے، اور ماہر امراض النسا کو زیادہ تر انہی امور سے سابقہ پڑتا ہے۔

نوعی عضویہ شحوبی پیچ سلکیہ (treponema pallidum) یا شحوبی پیچ خیطیہ (spironema pallidum) (شاڈن کا شحوبی پیچ مویہ spirocheta pallida of Schaudinn: ایک چھوٹا سا مرغولی رشتک ہوتا ہے جس کے سرے نوکدار ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۸۱)۔ یہ فعال طور پر متحرک ہوتا ہے اور اس کے ہر ایک سرے پر ایک سوطیہ (flagellum) ہوتا ہے۔ یہ عضویہ ابتدائی، ثانوی اور ثلاثی ضررات میں موجود ہوتا ہے۔ بندروں اور خرگوشوں پر جو کامیاب تجربات کئے جا چکے ہیں ان سے اس امر میں اب کچھ شبہ باقی نہیں رہا کہ آتشک کا سبب یہی عضویہ ہے۔

یہ خیال کیا جاتا ہے کہ عورتیں آتشک سے دو مختلف طریقوں پر سرایت زدہ ہو سکتی ہیں۔ (ا) ایسے مرد سے مباشرت کرنے سے جسے مرض حال ہی میں لاحق ہوا ہو اور فعال ہو، (ب) ایسے مرد سے حاملہ ہونے سے جس میں مرض درجہ ثالث کو پہنچ گیا ہو، اور کوئی کھلے ضررات موجود نہ ہوں۔ ایسے مرد اپنی بیویوں کو محض مجامعت ہی سے سرایت زدہ نہیں کرتے بلکہ اگر بیوی حاملہ ہو جائے تو بچہ آتشک زدہ ہوتا ہے، اور اس کی والدہ اس کے ذریعہ سے سرایت زدہ ہو جاتی ہے۔ پیچ سلکیہ (treponema) مذکور منی میں موجود ہوتا ہے، اور رحم میں حیوانات منویہ کے ذریعہ سے داخل ہوتا ہے۔ یہاں یہ نامی بیضہ کو سرایت زدہ کرتا ہے، اور اس راستہ سے حاملہ کے خون میں چلا جاتا ہے۔ اگر حمل واقع نہ ہو

پیچ سلکیہ تباہ ہو جاتا ہے کیونکہ اس میں تندرست سرحلہ میں نفوذ کرنے اور خلیوں کے اندر نسل بڑھانے کی طاقت موجود نہیں ہوتی جیسی کہ بنفقیہ سوزاک میں موجود ہوتی ہے۔ مادری سرائت اپنے تمام عمر میں خاص طور پر خفیف سی قسم کی ہوتی ہے' اور بیّن علامات کا ظہور بعض اوقات



شکل ۱۸۱۔ شحولی پیچ سلکیہ (Treponema pallidum) (آئی - شا)۔ یہ فلمیں نوعی قروح سے حاصل شدہ مواد سے طیار کی گئی ہیں' اور ان کی تلوین سیاہی (انڈین اِنک) سے کی گئی ہے۔ تصویر میں بائیں جانب پر شحولی پیچ سلکیہ (ٹریپونیما پیلیڈم) دکھائی دیتا ہے۔ اس کی شکل سفید مرغولہ کی سی ہے جس کے پیچ قریب قریب ہیں۔ تصویر کی دائیں جانب پر التطافی پیچ خیطیہ (spirocheta refringens) دکھایا گیا ہے جس کے مرغولے عریض ہیں۔ موخرالذکر عضویہ شحولی پیچ سلکیہ سے زیادہ موٹا ہوتا ہے۔ یہ غیر نوعی ہوتا ہے' اور یہاں یہ صادق نوعی عضویہ سے مقابلہ کرنے کے لئے دکھایا گیا ہے۔

301 اصلی سرائت کے بعد کئی ایک سال تک ملتوی رہتا ہے۔ پہلی قسم کی سرائت اور اس سرائت میں جو مردوں میں دیکھنے میں آتی ہے بہت کم فرق ہوتا ہے' اور اہم اختلافات ابتدائی ضرر کے خواص میں پائے جاتے ہیں۔ دوسری قسم کی سرائت کو استقراری آتشک (conceptional syphilis) کے نام سے تمیز کیا گیا ہے۔

یہ بلا واسطہ یعنی اخصاب (fertilization) کے ذریعہ سے حاصل ہوتا ہے اور معمولی قسم سے یہ مندرجۂ ذیل امور میں مختلف ہوتا ہے۔ (ا) ابتدائی درجہ کوئی نہیں ہوتا۔ (ب) ثانوی درجہ کا ابتدائی حصہ اکثر موجود نہیں ہوتا، اور جب یہ دیکھنے میں آتا ہے تو بہت خفیف ہوتا ہے۔ (ج) ثانوی درجہ کے متاخر حصہ کے پہلے مظاہر بعض اوقات کئی سال گذرنے اور بچہ جننے کا زمانہ ختم ہو جانے کے بعد بھی رونما نہیں ہوتے۔

کئی حالتوں میں ایسا ہوتا ہے کہ ایسے بچوں کی ماں میں جو صریحاً آتشک زدہ ہوں بظاہر مرض کی کوئی علامت موجود نہیں ہوتی، اور اس سے یہ نظریہ قائم ہو گیا کہ وہ بچہ کی وجہ سے شاید کسی نہ کسی طرح سے مرض سے محفوظ ہو جاتی ہے۔ اس نظریہ کی تائید اس امر سے ہوئی جو نہایت مسلمہ قرار دیا گیا تھا کہ عورت اپنے آتشک زدہ بچہ کو دودھ پلا سکتی ہے اور خود مرض کے جملہ امارات سے بری رہ سکتی ہے، اور اگر کوئی دوسری عورت جو اس بچہ کی ماں نہیں اسے دودھ پلائے تو وہ سرائت زدہ ہو جاتی ہے۔ یہ کالیس کے قانون مناعت "Colle's Law of Immunity" کی بنیاد یہی مشاہدات تھے۔ مگر سرسری مشاہدات کو وسعت دینے اور واسرمین (Wassermann) کے کاشفہ سے اس نظریہ کی حقیقت ظاہر ہو گئی ہے۔ مرض بچہ کی ماں میں موجود تو ہوتا ہے مگر بہت خفیف حالت میں۔ واسرمین کے تعامل سے آتشک کی موجودگی کی مثبت شہادت حاصل کرنے میں اکثر ناکامی ہوتی ہے تاوقتیکہ بچہ جننے کا زمانہ گذر نہ جائے۔ نامی بیضہ عضویہ کے لئے والدہ کی بافتوں کی نسبت غالباً بہتر ماحول مہیا کر دیتا ہے، کیونکہ ایسے مریضوں کے بچوں میں مرض کے شدید ترین مظاہر دیکھنے میں آتے ہیں۔

ابتدائی ضرر۔ ہنٹر کا مثالی شینکر (آکولہ) عورتوں میں شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ ضرر ایک زیر جلدی ادریکی سلعہ (subcuticular granuloma) ہے جس میں سطحی تاکل اور تقرح کی طرف ایک نمایاں میلان پایا جاتا ہے۔ اس طرح جو قرحہ پیدا ہوتا ہے اس کا قاعدہ کسی قدر رادی اور منصلب ہوتا ہے اور اسکی کور مرتفع ہوتی ہے۔ مردوں میں مقام ضرر کے تکشف سے عمل تقرح کو مدد ملتی ہے۔ اور جلدی عضویوں کی ثانوی سرائت سے قاعدہ پر النہابی تصلب کا ایک طبقہ بطور رافقیہ پیدا ہو جاتا ہے جس پر سخت قرحہ (hard sore) کے امتیازی خصائص کا انحصار ہوتا ہے۔ عورتوں میں ابتدائی ضرر سرائت کے خارجی منابع کے لئے اتنا منکشف نہیں ہوتا، اور اس لئے قاعدہ کا امتیازی تصلب بھی

انتی باقاعدگی سے پیدا نہیں ہوتا۔ اور اغلب یہ ہے کہ ابتدائی بثرہ (papule) اکثر اوقات تقرح پیدا ہونے کے بغیر ہی مکمل طور پر جذب ہو جاتا ہے، اور اس لئے کوئی ندبی بافت بھی نہیں بنتی۔

محل۔ بلحاظِ وقوع ضرر کے عام ترین مقامات بالترتیب مندرجہ ذیل ہیں شفرتین، عنق، مہبل، اور اعضائے تناسل سے باہر میزرا و رانوں کے اندرونی اطراف۔ ٹی۔ اے ڈیویز (T. A. Davies) کے مطابق عورتوں میں عنقِ رحم ابتدائی ضرر کا عام ترین محل ہے۔ جب دیوار ہائے مہبل یا عنق متاثر ہو تو مریضہ قرحہ کے وجود سے لازمی طور پر بے خبر ہوتی ہے۔ بہت سی حالتوں میں شفری قرحہ بھی بغیر معلوم ہونے کے اچھا ہو جاتا ہے، کیونکہ اس میں درد نہیں ہوتا اور اس سے کوئی قابل لحاظ مواد بھی خارج نہیں ہوتا۔ شفری اکولہ (labial chancre) مشاہدہ کرنے پر یا تو چپٹے بثرہ کی شکل کا دکھائی دیتا ہے، اور یا یہ انفلے قرحہ کا کا سا ہوتا ہے جس کا فرش ریادی اور ناتندرست ہوتا ہے۔ اگر قاعدہ کا جس اسے انگلیوں کے درمیان پکڑ کر کیا جائے تو تصلب مشکل ہی سے معلوم ہوتا ہے۔ اسی طرح عنقی اکولہ (cervical chancre) بھی غیر متصلب ہوتا ہے، اور بعض اوقات یہ بثری قسم کا ہوتا ہے اور بعض اوقات تقرحی قسم کا۔ مرض کے جس درجہ میں یہ مثالی قرحہ ظاہر ہوتا ہے وہ بعض اوقات قلیل المدت ہوتا ہے، اور قرحہ بغیر معلوم ہونے کے ہی ختم ہو جاتا ہے، اور اس کے بعد ایک صاف سُرخی مائل بثوری رقبہ رہ جاتا ہے جو عنقی تاکل (cervical erosion) سے ملتا جلتا ہے۔ سینٹ جارج ولسن (St. George Wilson) نے ایک اصابہ کا ذکر کیا ہے جس میں عنق کلانی یافتہ اور نرم تھی اور جس پر اس سے خون بہنے لگتا تھا۔ اسے اول اول سرطانِ عنق تشخیص کیا گیا تھا۔ مہبلی اکولات (vaginal chancres) قلیل الوقوع ہیں اور جو اکولات اعضائے تناسل سے باہر واقع ہوتے ہیں وہ دیگر اکولات کی نسبت مثالی سخت قرحہ (hard sore) سے زیادہ قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ 302

شفری اکولات (labial chancres) اکثر متعدد ہوتے ہیں، اور یہ متقرب سطوح پر حملہ کرتے ہیں۔ اربی غدد میں مثالی کلانی اور تصلب پایا جاتا ہے۔ عنقی اکولات میں بعض اوقات خارجی غدد پر بالکل کوئی اثر نہیں ہوتا، کیونکہ وہاں کے عروقِ لمف کی میلیت عمیق حرقفی غدد میں ہوتی ہے، مگر گاہے گاہے آزاد تفمم کی وجہ سے اربی غدد بھی ماؤف

ہو جاتے ہیں۔

عفونتی سرایت جس سے آکلہ (phagædena) پیدا ہو جاتا ہے عورتوں میں شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتی ہے کیونکہ جن جن مقامات پر قرحہ واقع ہوتا ہے اُن سے سطحی سیلیت یا سالی واقع ہو سکتی ہے۔ آکلی قرحہ (phagædenic sore) کا مثالی محلِ وقوع قلفہ کے نیچے کا مقام ہے جہاں پر سیلیت ناقص ہوتی ہے۔

یہ ضرور یاد رکھنا چاہیے کہ قشب سوزاک و آتشک کی مخلوط سرایت قلیل الوقوع نہیں اور وہ علامات جو قبل الذکر کی طرف اشارہ کرتے ہیں پہلے ظاہر ہونے اور زیادہ مغلق ہونے کی وجہ سے دوسری سرایت کی موجودگی کو بالکل پوشیدہ کر دیتے ہیں۔

ہیریسن[1] (Harrison) نے حال ہی میں اس سرعت کی طرف توجہ دلائی ہے جس سے پیچ مو یہ (spirochete) میزبان کی بافتوں میں سفر کرتا ہے۔ سرایت کے بعد چند گھنٹے کے اندر عضویات متصل لمفیہ سے دور تک منتشر ہو جاتے ہیں۔ گنی پگوں میں یہ ثابت کیا گیا ہے کہ قریب ترین لمفی غدد پانچ منٹ کے قلیل عرصہ کے بعد سرایت زدہ پائے جاتے ہیں۔

ثانوی درجہ۔ عورتوں میں اس درجہ کے دو ضربات غیر معمولی طور پر جلد نمودار ہوتے ہیں، یعنی فرج کے قلطاتی سلعات (condylomata) اور زبان کا حلیمی سلعہ (papilloma)۔ قلطاتی سلعات یا مخاطی قطعات (mucous patches) چپٹے اور چوڑے ثولولی ارتفاعات کی شکل کے ہوتے ہیں اور ان کی رنگت رمادی مائل ہوتی ہے، اور یہ تر دکھائی دیتے ہیں۔ یہ ہمیشہ متعدد ہوتے ہیں اور اکثر ایک وسیع رقبہ پر پائے جاتے ہیں، اس حالت میں ان سے نہ صرف شفرتین ہی ماؤف ہوتے ہیں، بلکہ عجانی جسم، مبرز، تکتھائے، سرین، اور رانوں کے اندرونی سطوح بھی متاثر ہو جاتے ہیں۔ یہ ابتدائی قرحہ کی طرح سرایتی ہوتے ہیں۔

---

[1] Test-Book on the "Diagnosis and Treatment of Venereal Diseases" by Colonel L. W. Harrison. Oxford University Press, 4th edition

زبان کا حلیمی سلعہ گرد سیاجی حلیموں (circumvellate papillæ) کی جوئی پر یعنی زبان کے موخر حصہ کے اوپر پایا جاتا ہے۔ یہ چپٹے اور سرخ ارتفاع کی شکل کا ہوتا ہے اور اس کی سطح بے قاعدہ ہوتی ہے۔ اس کا وجود مقامی ضرر کی عدم موجودگی میں بھی آتشک کی ایک قوی اثباتی شہادت ہوتا ہے، اس لئے زبان کے معائنہ کو اس دستور العمل کا ایک جزو بنا لینا چاہئے جو مشتبہ آتشک کے اصابات کے امتحان کے لئے اختیار کیا جاتا ہے۔

جن لمفی غدد تک بذریعہ حس رسائی ہو سکتی ہے ان کے امتحان سے ان میں ایک عمیز تصلب اور کلانی پائی جاتی ہے، مگر گرد غددی دبازت موجود نہیں ہوتی۔ سطحی اور عمیق عنقی غدد اور بغل اور کہنی کے غدد میں یہ بات بخوبی نمایاں ہوتی ہے۔ پیچ سلکیہ (treponema) کا مظاہرہ اس سیال میں کیا جا سکتا ہے جو کلانی یافتہ غدہ میں سے کچو کا لگا کر نکالا گیا ہو۔

عورتوں میں موخر ثانوی درجہ میں افعال تولید کے اختلالات کے سوا جن کا ذکر نیچے کیا گیا ہے اور کوئی امتیازی خصائص موجود نہیں ہوتے۔

تشخیص۔ جو کچھ اوپر بیان کیا جا چکا ہے اس سے یہ صاف ظاہر ہے کہ جب کوئی عورت آتشک کے مرض ثانویہ میں آ چکی ہو تو سریری تحقیقات کے لئے نہایت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ فرج کا باحتیاط امتحان کرنے سے غائب ہوتے ہوئے ضررات کے نشانات منکشف ہو سکتے ہیں، اور اگر مشاہدان کی غیر واضح خصوصیات سے آگاہ نہ ہو تو یہ نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ تشخیص مرض کے دوران میں اس امر کو بہت کم اہمیت دینا چاہئے کہ جب کبھی اس قسم کا ضرر موجود ہوتا ہے تو اس میں آتشکی اکولہ (syphilitic chancre) کے مثالی خواص موجود نہیں ہوتے، اور اگر یہ سادہ مقامی علاج سے جلد اچھا بھی ہو جائے تو تب بھی احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ خارجی ضرر کی عدم موجودگی

03 میں تمام اصابات میں عنق اور دیوار ہائے مہبل کا اچھی روشنی میں باحتیاط معائنہ کرنا چاہئے۔ معمولی لمسی امتحان اس مقصد کے لئے بلا شبہ بے سود ہوتا ہے۔

چونکہ عورتوں میں ابتدائی ضرر کے خواص مثالی نہیں ہوتے اس لئے یہ ضروری ہے کہ مرض کی تشخیص ساری عضویہ کی شناخت سے کی جائے۔ پیچ سلکیہ (treponema) کی شناخت ابتدائی قرحہ یا بثرہ یا قلاقلی سلعہ (condyloma) میں مندرجہ ذیل طریقہ سے کی جا سکتی ہے۔

قرحہ کی سطح کو پہلے محلول نمک سے دھوڈالو۔ اور پھر قرحہ کو دباؤ اور یا اس کی سطح کو چاقو سے آہستہ آہستہ کھرچو، اور یہ خیال رکھو کہ نزف واقع نہ ہو۔ جو مصل دبانے سے باہر نکلے اس کا ایک قطرہ پلاٹینم کے حلقہ پر لے لو اور شیشہ کے شریحہ پر رکھ دو۔ اس کے برابر ہی ایک قطرہ پانی کا اور ایک قطرہ سیاہی (Indian ink) کے منقلب کا بھی رکھدو۔ اور پھر ان تینوں قطروں کو ملا دو۔ اور اس طرح جو بڑا سا قطرہ بنجائے اس سے محافظ شیشے طیار کر لو۔ روغن غرق عدسہ (oil-immersion lens) سے امتحان کرنے پر پیچ سلکیہ عمومی پس منظر کے مقابلہ میں غیر ملون دکھائی دیگا (دیکھو شکل ۱۸۱)۔

تلوینی طریقوں کی جگہ اب تاریک زمینی تنویر (dark-ground illumination) کے طریقہ کا استعمال کیا جاتا ہے جس سے عضویہ مصل میں بلا تلوین شناخت کیا جاتا ہے۔ اسکے لئے ایک خاص قسم کا مکثفہ (condenser) اور تنویر کا ایک زبردست منبع درکار ہوتا ہے۔ اگر تلوینی طریقہ منفی ثابت ہو تو کسی نتیجہ پر پہنچنے سے پہلے دوسرے طریقہ کا استعمال کر لینا چاہیئے۔

اگر پہلی دفعہ ہی عضویہ شناخت نہ کیا جاسکے تو امتحان دوبارہ کرنا چاہیئے عمومی آتشکی سرائت کے لئے ایک مثبت کاشف کے رائج ہونے سے تشخیص بہت زیادہ یقینی ہو گئی ہے، اور جملہ اصابات میں ابتدائی مدارج کے علاوہ کاشفۂ واسرمین (Wassermann test) کا استعمال ضرور کرنا چاہیئے۔ منفی نتیجہ کو ہرگز قطعی تصور نہ کرنا چاہیئے، اور چند ایام کے وقفہ کے بعد اس کاشفہ کا تکرار کرنا چاہیئے، اور اس اثنا میں علاج بند کر دینا چاہیئے، یا آرسینو بنزین (arseno-benzene) کے کسی مرکب کا اشتعالی معتاد پہلے دے دینا چاہیئے۔ ابتدائی ضرر کے سب سے اول ظاہر ہونے کے وقت اس کاشفہ کا استعمال بے سود ہوتا ہے، مگر اس درجہ میں پیچ سلکیہ (treponema) کی شناخت تشخیص کے لئے کافی ہوتی ہے، اور علاج فوراً شروع کر دینا چاہیئے۔

آتشک اور حمل۔ آتشک کے بعض نمایاں ترین نتائج قبالتی روئداد میں پائے جاتے ہیں۔ یہ عورتیں اکثر بہت بارآور ہوتی ہیں یعنی ان میں استقرار حمل نسبتہً زیادہ کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ ارڈلے ہالینڈ (Eardley Holland) اور دوسروں نے یہ ثابت کیا ہے کہ یہ قدیم نظریہ کہ مادری آتشک اسقاط کا ایک عام باعث ہے غلط ہے۔ ابتدائی منقضیہ یا اسکے بعد کے ہفتوں میں آتشک کی واضح علامتیں نہایت شاذونادر ہی

پائی جاتی ہیں۔ جب آتشک زدہ عورتوں میں اسقاط واقع ہوتا ہے تو یہ حادثہ جنینی مرض کا بلاواسطہ نتیجہ نہیں ہوتا، بلکہ اسے ان عمومی یا مقامی حالتوں سے منسوب کرنا چاہئے جن کی وجہ سے آتشک سے مبرا عورتوں میں اسقاط واقع ہوتا ہے۔ بہرکیف مادری آتشک جنین کے قابل حیات ہونے کے بعد اسکی موت کا عام ترین سبب ہوتا ہے۔ اور ہالینڈ (Holland) نے بیدریافت کیا ہے کہ قبل از وقت پیدا شدہ مردہ مولودوں میں سے ۳۳ فی صدی میں آتشک کی واضح شہادتیں دریافت کی جاسکتی ہیں۔ گاہے گاہے جنین پوری میعاد تک پہنچ جاتا ہے اور زندہ پیدا ہوتا ہے، اور بوقتِ ولادت اس میں مرض کے نمایاں امارات موجود ہوتے ہیں، یا پیدا ہونے پر بظاہر تندرست بھی ہوتا ہے، لیکن زود یا بدیر اس میں مرض کے کم وبیش شدید علامات پیدا ہوجاتے ہیں۔ ہوشنگر (Hochsinger) کے مشاہدات کے مطابق ان بچوں میں سے جو آتشک زدہ عورتوں کو پیدا ہوتے ہیں ۹ یا ۱۰ فی صدی سے زیادہ بوقتِ ولادت اماراتِ مرض سے مبرا نہیں ہوتے، اور ان میں سے ایک خاصی تعداد میں زندگی کے پہلے چھ ماہ میں اماراتِ آتشک پیدا ہوجاتے ہیں۔ تاوقتیکہ عورتوں کا مناسب علاج نہ کیا جائے نوعی قتب کے اس اثر میں جو تولید پر ہوتا ہے، زائل ہوجانے کا کوئی رجحان نہیں پایا جاتا، اور کبھی پایا بھی جاتا ہے تو بہت کم۔ نیز قبل از وقت ولادتوں یا دررحمی جنینی اموات، یا زندہ آتشک زدہ بچوں کا سلسلہ سالہا سال تک جاری رہتا ہے۔ جنینی اغشیۂ مشیمہ یا حبل سُرّی یا جنینی احشاء مثلاً جگر کا امتحان کرنے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان میں پیچ سلکیہ (treponema)
304 بالعموم موجود ہوتا ہے۔ یہ عضویہ غالباً پدری منی کے ذریعہ سے منتقل ہوجاتا ہے، اور زیادہ تر بیضہ کی بافتوں میں نشو ونما پاتا ہے۔

آتشک کا علاج۔ ایرلخ (Ehrlich) کے سنکھیا کے نامیاتی مرکبات کے ایک سلسلہ کا، اوران کے اُس مہلک اثر کا انکشاف جو ان کا دروں وریدی اشراب کرنے سے پیچ سلکیہ پر ہوتا ہے، آتشک کے علاج کے موجودہ طریقوں کا اصلِ اصول ہے۔ اس علاج کا طریقہ معلوم کرنے کے لئے قارئین کو ان کتابوں کی طرف رجوع کرنا چاہئے جو زہراوی امراض (venereal diseases) پر لکھی گئی ہیں، لیکن چند عمومی ملحوظات ایسے ہیں جن پر جتنا بھی زور دیا جائے کم ہے۔

سنکھیا کا علاج مرض کے ابتدائی درجہ ہی میں ضرور شروع کردینا چاہئے،

اور اگر بہترین نتائج حاصل کرنا ہوں تو اس علاج کو ایک یا دو سال تک جاری رکھنا چاہیئے۔ اس اہم ترین اصول کو نظر انداز کرنے کا نتیجہ مریضہ کے لئے خطرناک ہوگا اور اسے اپنی صحت کے متعلق غلط خیال پیدا ہو جائے گا، اور آئندہ چلکر اسے دماغی نخاعی آتشک (cerebro-spinal syphilis) کے عارض ہو جانے کا نہایت قوی امکان ہوگا۔ ایسی کوئی واحد امارست نہیں جس سے یہ معلوم ہو سکے کہ بافتوں سے عضویہ کا قطعی استیصال ہو گیا ہے۔ "جب مصل کا تعامل پہلی مرتبہ منفی ہو جاتا ہے تو مریضہ کی شفایابی میں ابھی بہت دیر ہوتی ہے" (ہیریسن Harrison:) اور تجربہ سے یہ ظاہر ہو چکا ہے کہ اگر علاج بند کر دیا جائے تو نکسات اکثر واقع ہونے لگتے ہیں۔

سنکھیا کے تجہیزات کو گلوکوس (glucose) کے محلول میں حل کر لینا چاہیئے کیونکہ اس محلل سے چھوٹے چھوٹے سمی اثرات ایک معتدبہ حد تک زائل ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں مریضہ کو سختی سے شحمی غذا کی پابندی کرانے سے جگر کے خلیات کو آرسینو بنزین (arseno-benzene) کو جذب کرنے سے اور سمی علامات کو پیدا ہونے سے کسی حد تک روکا جا سکتا ہے[1]۔

بعض ایسی حالتیں ہیں جن میں سنکھیا کے مرکبات دینے میں بہت خطرہ ہوتا ہے مثلاً کلوی اور کبدی مرض، شریانی تصلب (arteriosclerosis)۔ ان حالتوں میں سیماب اور بسمتھ کے مرکبات پر اعتماد کیا جاتا ہے، جن کا آتشک کے علاج میں اب دوسرا مرتبہ ہے۔

اس امر پر بالعموم اتفاق کیا جاتا ہے کہ اکیلے سنکھیا کے علاج سے یقینی طور پر شفا نہیں ہوتی، اور اس لئے اب یہ رواج ہو گیا ہے کہ اس علاج کی تکمیل سیماب اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ کے استعمال سے کی جاتی ہے۔ ہیریسن (Harrison) نے علاج کے مندرجہ ذیل نصاب کی تعریف کی ہے۔

علاج کا دن۔	"۹۱۴" درون وریدی طور پر	معہ بسمتھ زیر جلدی طور پر۔
۱	۰ر۴۵ گرام	— گرام
۸	۰ر۴۵ "	۰ر۳۲ "

---

[1] Craven, *Johns Hopkins Bulletin*, 1931, xlviii, p. 181.

علاج کا دن ۔	"۹۱۴" دروں وریدی طور پر	معہ لبسمتھ زیر جلدی طور پر۔
۱۵	۴۵ء۰ گرام	۳۲ء۰ گرام
۲۹	۶۰ء۰ "	۳۲ء۰ "
۳۶	۶۰ء۰ "	۳۲ء۰ "
۵۰	۷۵ء۰ "	۳۲ء۰ "
۵۷	۷۵ء۰ "	۳۲ء۰ "
۷۸	۷۵ء۰ "	۳۲ء۰ "
۸۵	۷۵ء۰ "	۳۲ء۰ "
۹۲	۷۵ء۰ "	۳۲ء۰ "
	۳ء۶ گرام	۸۸ء۲ گرام

علاج کے ستاونویں اور اٹھترویں دنوں کے درمیان جو تین ہفتہ کا وقفہ آتا ہے اس میں آئیوڈائیڈ آف پوٹاسئیم ۵ تا ۱۰ گرین کی مقدار میں روزانہ تین مرتبہ کھلایا جاتا ہے۔

علاج کے ایسے تین نصابات مکمل کرنا چاہئیں۔ ان میں سے پہلے اور دوسرے
نصابات کے درمیان چھ ہفتہ سے لیکر دو ماہ تک کا وقفہ ہونا چاہیئے' اور دوسرے اور
305 تیسرے نصابات کے درمیان آٹھ ہفتہ سے لیکر دس ہفتہ تک کا۔ لیکن اگر علاج میں واسرمین
کے کاشفہ کے مثبت ہو جانے تک تاخیر کی گئی ہو تو یہ فرض کر کے کہ واسرمین کا کاشفہ پہلے
نصاب کے بعد ہی منفی ہو جاتا ہے' علاج کے ایسے چار نصابات کی تکمیل کرنا چاہیئے۔ اگر
یہ کاشفہ پہلے نصاب کے بعد منفی نہ ہو تو یہ ضروری ہوتا ہے کہ خون اور دماغی نخاعی سیال
دونوں کے تعامل کے منفی ہو جانے کے بعد تین اور نصابات کی تکمیل کی جائے۔

پہلے سال کے دوران میں ہر تین ماہ کے بعد اور دوسرے سال کے دوران میں ہر چھ ماہ کے بعد خون کے امتحانات کیئے جاتے ہیں۔

آتشک اور ازدواج۔ اس سوال کا تسلی بخش جواب دینے میں ہمیشہ

وقت چلی آرہی ہے کہ ایسے شخص کے لئے کب شادی کرنے میں کوئی خطرہ نہیں ہوتا جو آتشک کا مریض رہ چکا ہو۔ واسرمین کے کاشفہ کے استعمال کی ابتدا سے بھی یہ مشکل تمامہ رفع نہیں ہوئی، کیونکہ منفی نتیجہ پر کامل اعتماد نہیں کیا جا سکتا۔ صرف تصابات علاج ہی کو مذکورہ بالا طریقہ پر مکمل طور پر سرانجام دینے سے یقین کے قریب قریب پہنچا جا سکتا ہے۔ اگر علاج کے باوجود مرض کے مظاہر رونما ہوں تو سیماب کے علاج کے ایک مسلسل تصاب کا اور چھ ماہ تک جاری رکھنا مناسب ہوتا ہے۔ شادی کی اجازت دینے سے پیشتر علاج کے معینہ تصاب کے اختتام پر واسرمین کے کاشفہ کا تکرار کرنا چاہئے۔ جس مرد کو آتشک ہو چکا ہو اسے اس وقت تک شادی نہ کرنا چاہئے جب تک وہ چار سال تک زیر مشاہدہ اور زیر علاج نہ رہے۔

تناسلی اعضا کا تدرّن

(TUBERCULOSIS OF THE GENERATIVE ORGANS)

عمومی امراضیات۔ جس عضویہ سے تدرن پیدا ہوتا ہے، اس کا انکشاف کاخ (Koch) نے ۱۸۸۲ء میں کیا تھا۔ یہ ایک نازک عصیہ ہے جس کا طول ۳ ملم ہوتا ہے۔ یہ مصل خون پر دوبرمیں اور چند خاص وسائط پر زیادہ جلد پیدا کیا جا سکتا ہے۔

تدرّن کی تشخیص پیپ سے طیار کردہ فلموں میں عصیۂ تدرن کے دریافت کرنے سے کی جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۸۲)۔ اس عصیہ کے نوعی تلوینی تعاملات، اور ان اختلافات کے لئے جو اس میں اور عصیۂ لخن (smegma bacillus) میں ہیں، مطالعہ کنندہ کو جرثومیات کی کتابیں دیکھنا چاہئے۔

عصیۂ تدرن سے پیدا شدہ ضرر اول اول لمفی مجاری کے درحلمی خلیات کے تکاثر کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ اور اس طرح جو خلیات پیدا ہوتے ہیں وہ سرحلمی خلیات کے ساتھ مشابہت رکھنے کی وجہ سے سرحلمہ نما (epithelioid) خلیات کہلاتے ہیں۔ سرحلمہ نما خلیہ میں نواتی تقسیم کے واقع ہونے سے عفریتی خلیہ (giant-cell) بن جاتا ہے جس کے نوات محیطی ہوتے ہیں۔ اس کثیر النوا یا خلیہ کے اردگرد دیگر سرحلمہ نما خلیے ہم مرکز دائروں کی شکل میں مرتب ہو جاتے ہیں، اور اس طرح نظام خلیات عفریتی (giant-cell system) پیدا ہوتا ہے

جس کی تکمیل لمفی خلیات (lymphocytes) کے ایک بہت وسیع منطقہ سے ہو جاتی ہے۔ اس قسم کا نظام خالی آنکھ سے نظر نہیں آتا۔ لیکن جب اس طرح کے کئی ایک نظام آپس میں متحد ہو جاتے ہیں تو یہ زرد یا رمدی گرہکوں کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں اور درنے (tubercles) کہلائے جاتے ہیں۔ تدرنی نظام خلیات عفرتی (tuberculous giant-cell system) ایک عدیم العروق اریکی سلعہ ہوتا ہے جس کا رجحان متنخر ہونے اور ثانوی سرائت کا محل بننے کی طرف



شکل ۱۸۲ - عصیۂ تدرن (Tubercle Bacillus) (ای-شا: E. Shaw).
اس عضویہ کا انکشاف کاخ (Koch) نے ۱۸۸۲ء میں کیا تھا۔ میدانِ خردبین کے بالائی حصہ میں کثیر التعداد عصیاتِ تدرن دکھائی دیتے ہیں جو کاشت سے حاصل کئے گئے ہیں۔ اس میدان کے حصۂ زیریں میں ایک فلم پر کے عصیاتِ تدرن نظر آرہے ہیں جو بُصاق (sputum) سے طیار کی گئی تھی۔

306 ہوتا ہے جو صادق ریم زا ابتقات سے واقع ہوتی ہے۔ انسانی موضوع میں تدرنی ضرر میں عصیات کی صرف ایک قلیل تعداد ہی موجود ہوتی ہے اور جو عصیات موجود ہوتے ہیں وہ اکثر بروں خلوی ہوتے ہیں مگر گاہے گاہے یہ عفرتی خلیہ کے یا کسی سرحلہ نما خلیہ کے اندر بھی پائے جاتے ہیں۔ تدرنی بافت کو طبعی محلولِ نمک میں پیسنے سے جو مستحلب طیار ہوتا ہے اس کا اشراب اگر گنی پگ کے گھٹنے کے

جوڑ میں کر دیا جائے تو لمفی غدد کی صعودی سرائت واقع ہو جاتی ہے جس کے چند ہفتہ بعد عمومی تدرن پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ فعلیاتی امتحان دیر طلب ہے۔ لیکن تشخیص کے نقطۂ نظر سے یہ سب سے زیادہ قابلِ اعتماد ہے۔ اغراضِ تشخیص کے لئے اس امر سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے کہ جن بافتوں پر عصیۂ تدرن کا حملہ ہوا ہو وہ ٹیوبرکلین (tuberculin) کے لئے بیش حساس ہوتی ہیں۔ کاخ کی "قدیم ٹیوبرکلین" (Koch's "old tuberculin")، فان پرکے (von Pirquet) یا مینٹو (Mantaux) (قدیم ٹیوبرکلین کی ۰۰۰۱ میں ا ترقیق ا ۰ مکعب سنٹی میٹر) کی جلدی تطعیم اور کالمیٹ (Calmette) کی ملتحمی تطعیم سے بطور کاشفات کام لیا جاتا ہے۔ اگر ٹیوبرکلین (tuberculin) کے زیر جلدی اشراب کے بعد حزقی درد (bearing-down pain) کا احساس ہو یا مہبلی قبووں میں ایلمیت محسوس ہو تو اس واقعہ سے یہ نتیجہ اخذ کیا جا سکتا ہے کہ حوض کا تدرن موجود ہے۔ لہٰذا درنہ کے لئے تشخیصی کاشفات مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) خرد بینی، (۲) علاجی، (۳) فعلیاتی۔ اگر نوعی عصیہ کا انکشاف خرد بین سے کر لیا جائے تو یہ وجودِ مرض کے لئے ایک قطعی ثبوت ہوتا ہے۔ ٹیوبرکلین (tuberculin) کا کاشفہ ہمیشہ قابلِ اعتماد نہیں ہوتا کیونکہ تدرنی ضرر کے اچھا ہو جانے کے بعد بھی تعامل حاصل ہو سکتا ہے۔ فعلیاتی کاشفہ (گنی پگوں میں تطعیم کرنا) قطعی ہے۔

تواتر۔ اینڈری رائیوز (Andre Rives) نے اعداد و شمار شائع کئے ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی عورتوں کے امتحاناتِ میت پر جن میں موت عمومی امراض سے واقع ہوئی ہو تناسلی تدرن ا فی صدی میں پایا جاتا ہے۔ جن عورتوں کی موت سِل (phthisis) یا تدرن کے دیگر اقسام سے واقع ہوتی ہے ان میں حوضی تدرن ۵ فی صدی میں موجود ہوتا ہے۔ یہ بیان کیا گیا ہے کہ التہابِ انبوبی کے جملہ اصابات میں سے ۱ فی صدی تدرنی ہوتے ہیں۔ تناسلی تدرن سے اکثر اوقات کوئی ممیز علامات پیدا نہیں ہوتے، لہٰذا استکمِ شگافی (laparotomy) کے دوران میں بعض اوقات تدرن پایا جاتا ہے جس کے متعلق پہلے کوئی گمان نہیں ہوتا۔

بحثِ اسباب۔ تناسلی تدرن سن بلوغ سے قبل قلیل الوقوع ہے اور انقطاعِ طمث کے بعد شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ بیشتر اصابات میں مرض پندرھویں اور پچیسویں سال کے درمیان دیکھنے میں آتا ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اعضائے تناسل کا ناقص تکون یا

ناقص نمو ان مریضوں میں درنہ (tubercle) سے سرائیت زدہ ہونے کی استعداد پیدا کرتا ہے۔ سرائیت کے دیگر اقسام کے ساتھ درنہ کا موجود ہونا اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ سابق الوجود النہاب تدرنی مطروح کا محل متعین کر دیتا ہے۔ اور اسی طرح یہ بھی کہا جاتا ہے کہ نو بالیدیں (new growths) بھی تدرّنی سرائیت کی مساعدت کرتی ہیں۔ اس امر کا دعویٰ کیا گیا ہے کہ فلوپی نلی کے غدی عضلی سلعات (adenomyomata) اس میں تدرّن سے سرائیت زدہ ہونے کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں، مگر اس طرح واقعات کی ترتیب الٹ جاتی ہے۔ تدرنی ضرر ہی سے ایسی حالت پیدا ہوتی ہے جو غدی عضلی سلعہ سے خلط ملط کی جا چکی ہے۔ (دیکھو شکل ۱۸۹، صفحہ 315)۔

سرائیت کے طریقے۔ حوضی اعضا کی سرائیت کے تین راستے تسلیم کئے گئے ہیں، یعنی صعودی راستہ، نزولی راستہ، اور جوئے خون اور جوئے لمف۔

307 **صعودی سرائیت مخاطی سطحوں کے راستہ سے۔** مہبل، رحم اور فلوپی نلیوں کا تدرّن شادی شدہ عورتوں کی نسبت باکرہ عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اور یہ امر بعض لوگوں کے اس نظریہ کے خلاف ہے کہ عورتوں کے تناسلی تدرن کا عام سبب منوی سیال سے پیدا شدہ صعودی سرائیت ہوتی ہے۔ گوروِٹز (Gorovitz) نے گنی پگوں کے رحم میں تدرنی مادہ کا اشراب کرنے سے مثبت نتائج حاصل کئے ہیں، لیکن جب سرائتی عضویے محض مہبل ہی میں داخل کئے گئے تو نتائج منفی نکلے۔ یہ ممکن ہے کہ شاذ شاذ مثالوں میں تناسلی خطہ کی بلا واسطہ تطعیم مثانہ یا امعاء سے خارج شدہ تدرنی موادوں کے ذریعہ سے نیچے کی طرف سے ہو جاتی ہو، لیکن عام طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ صعودی سرائیت اگرچہ ممکن ہے لیکن یہ نہایت ہی نادر الوقوع ہوگی۔

نزولی سرائیت۔ حیوانات پر تجربات کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ ذرات غریبہ کہفۂ باریطون سے گذر کر مہبل میں آسکتے ہیں۔ اسی طرح باریطون یا ماساریقی غدد کے تدرن کی حالتوں میں عصیات تدرن فلوپی نلیوں تک پہنچ سکتے ہیں، مگر مشاہدہ میں یہ آچکا ہے کہ تناسلی تدرات میں غدد مذکور شاذ و نادر ہی ماؤف ہوتے ہیں۔ جن اصابات میں عمومی باریطون اور حوضی احشاء ساتھ ساتھ متاثر ہو جاتے ہیں ان میں اس امر کا فیصلہ کرنا مشکل ہوتا ہے کہ ان میں سے ابتدائی ماسکہ کونسا ہے۔ مگر اس امکان کو ضرور تسلیم کرنا چاہیئے کہ تدرنی التہاب باریطون

نلیوں کے مخالبیہ کے راستہ سے نزولی سرائت پیدا کر سکتا ہے۔

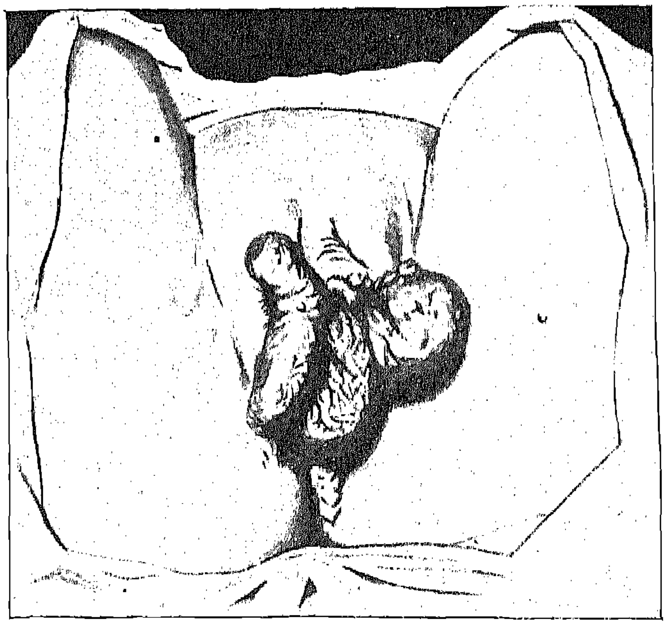
جوئے خون اور جوئے لمف کے راستہ سے سرائت۔ اکثر ارباب سند اسے جوئے خون کو سرائت کا اہم ترین راستہ خیال کرتے ہیں۔ اس طریقہ سرائت کو کسی اصابہ میں بھی خارج از بحث قرار نہیں دیا جا سکتا، اور خوصی تدرن کے اُن اصابات کی قابلِ اطمینان توجیہہ جن میں ایک منفرد ضرر موجود ہوتا ہے اور کسی دوسری جگہ درنہ کے پائے جانے کی شہادت موجود نہیں ہوتی، صرف اسی طریقہ سے ہوتی ہے۔ مزید برآں ایسے منفرد ضررات اپنے محل کے لحاظ سے بعض اوقات زخمکی ہوتے ہیں اور غشائے مخاطی پر حملہ ہونے کی کوئی شہادت نہیں پائی جاتی۔ بہرکیف جسم کے کسی دیگر حصہ کے دیرینہ ابتدائی ماسکہ کو مستثنیٰ قرار دینا مشکل ہے اس لئے قرینِ عقل شائد یہی ہوگا کہ اعضائے تناسل کے ابتدائی تدرن کو نادر الوقوع ہی سمجھا جائے۔

تقسیم۔ مرض کی کثرتِ وقوع کے لحاظ سے جس ترتیب سے احشائے حوض متاثر ہوتے ہیں وہ یہ ہے قاذفی نلیاں، جسمِ رحم، بیضین، عنق، مہبل، اور فرج۔

انذار۔ اعضائے تناسل کے تدرن کے ساتھ ہی دیگر احشا کے تدرن مثلاً ریوی، غذائی، یا بولی تدرن کے پائے جانے سے انذار زیادہ تشویش ناک ہو جاتا ہے۔ عقم بالکلیہ پیدا ہو جاتا ہے، لیکن جب استقرارِ حمل ہو جاتا ہے تو مادری انذار تشویش ناک ہوتا ہے۔ یہ بھی معلوم ہو چکا ہے کہ ولادت یا اسقاط کے بعد حاد دخنی تدرن (acute miliary tuberculosis) واقع ہو جاتا ہے۔ اگر ناسور (fistulæ) بن جائیں تو یہ نہایت ہی دشوار علاج ہوتے ہیں۔ نسوانی اعضائے تناسل کے تدرن کا ممر بالعموم مزمن ہوتا ہے، اور انذار بہ حیثیت مجموعی خطرناک ہوتا ہے۔

فرج کا تدرن۔ کلفورڈ وائیٹ (Clifford White) کا یہ بیان ہے کہ تمام اصابات میں سے ایک چوتھائی میں یہ مرض بچوں میں پایا جاتا ہے۔ نوجوان عورتوں میں یہ بالعموم کسی دیگر ضرر کا تابع ہوتا ہے۔ اس کی دو بڑی قسمیں ہیں، یعنی تقرحی (ulcerative) اور تکاثری (proliferative)۔ قبل الذکر زیادہ عام ہے۔ تدرنی قرحے شفرتین کبیر یا شفرتین صغیر پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ متعدد ہوتے ہیں اور ان کے قاعدے زردی مائل ہوتے ہیں، اور ان کی کوریں متبیج اور ارغوانی ہوتی ہیں۔ کئی ایک قرحوں کے اتصال سے ایک دبیبی قرحہ (serpiginous sore) پیدا ہو جاتا ہے جس کے ایک حصہ میں

اندمال کے امارات دکھائی دیتے ہیں اور دوسرے حصوں میں یہ بڑھتا ہُوا نظر آتا ہے۔ کوروں پر کا
سرحلمہ کپو ہا (sodden) اور مرتفع ہوتا ہے۔ یہ ضرر چھونے پر الیم ہوتا ہے۔ فرجی قرحہ سے جوف
808 نکل کر ہم پہلو اتصالی بافتوں میں چلے جاتے ہیں جو ہمیشہ متہیج رہتی ہیں۔ اربی غدد صرف مرض کے
آخری مدارج میں متاثر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات فرج کے تدرنی تقرح میں شفرتین کی بیش پرورش



شکل ۱۸۳ ۔ یہ تصویر فرج کے تدرن کی تکاثری (proliferative) قسم کو ظاہر کرتی ہے (بینڈر :Bender) ۔ شفرتین بیش پرورده ہیں، اور یہ حالت داء الفیل کے مشابہ ہے۔

پائی جاتی ہے جو کبھی کبھی اس غائت درجہ کی ہوتی ہے کہ داء الفیل کے مشابہ ہوتی ہے۔ تکاثری
قسم کا ذکر بینڈر (Bender) نے کیا ہے۔ یہ نادر الوقوع ہے، اور اس میں دونوں لب ماؤف
پائے جاتے ہیں، اور فرج باقاعدہ طور پر بیش پرورده ہو جاتی ہے جیسا کہ داء الفیل میں دیکھنے
میں آتی ہے (دیکھو شکل ۱۸۳)۔ یہ قسم زیادہ تر نوجوان عورتوں کو عارض ہوتی ہے اور اکثر عملیہ
کے بعد بھی عود کر آتی ہے۔ خردبین سے امتحان کرنے پر زیر سرحلمی بافتوں کا تہیج اور گول خلیوں کا

درد برش دکھائی دیتی ہے ۔ چونکہ متعلقہ بافتوں کی مسامت بہت بڑھ جاتی ہے اس لئے عفونتی خلیوں کے نظام زیادہ نہیں ہوتے اور ان کو تلاش کرنا مشکل ہوتا ہے ۔

علامات ۔ ورم فرج، درد حین بول اور حکۃ الفرج خاص علامات ہیں۔ موخرالذکر علامت صرف بعض اصابات ہی میں پائی جاتی ہے ۔ تقرحی ضرر میں کسی قدر مواد موجود ہوتا ہے اور اندماب (cicatrization) سے مبال میں ضیق (stenosis) پیدا ہوجاتا ہے ۔

انذار ۔ بچوں میں یہ مرض سرعت سے ترقی کرتا ہے، اور درنہ کا انتشار ابتدائی مدارج ہی میں ہوجاتا ہے ۔ بالغوں میں اس کی ترقی آہستہ ہوتی ہے لیکن اگر سل موجود ہو تو انذار خطرناک ہوتا ہے ۔ تقرحی اصابات کی نسبت تکاثری اصابات میں انذار زیادہ موافق ہوتا ہے ۔

علاج ۔ اگر مریضہ کی عمومی حالت عمومی معدم حس کے استعمال کی اجازت دیتی ہو تو آزادی سے استیصال کردینا چاہئے ۔ اور اگر ایسا نہ ہوسکے تو لاشعاعوں کا استعمال کرنا چاہئے اور قرحوں پر لیکٹک ایسڈ (lactic acid) کا طلا کیا جائے ۔ جوفوں کی پرآکسائیڈ آف ہائیڈروجن (peroxide of hydrogen) (۵ حجم) سے آبیاری کرنا چاہئے ۔

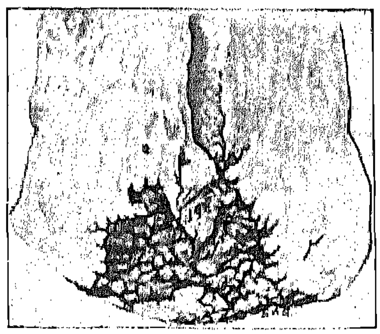
مہبل کا تدرن ۔ مہبل کا تدرن قلیل الوقوع ہے ۔ یہ ابتدائی ضرر کی شکل میں شاذ و نادر ہی نمودار ہوتا ہے، اور تدرنی التہاب عنق کے ساتھ عام طور پر دیکھا جاتا ہے ۔ اسکی
309 دو قسمیں بیان کی گئی ہیں ۔۔ دخنی (miliary) اور قرحی ۔ قرحوں کے عام ترین محل موخر قبوۂ اور موئلج مہبل کے وہ حصے ہیں جو سامنے کی طرف منفذ بول اور پیچھے کی طرف عجان کے قریب میں واقع ہیں ۔

علامات ۔ جو علامات تدرنی التہاب مہبل میں پائے جاتے ہیں وہ سیلان ابیض، خون آلود مواد، عسرالبول (dysuria) اور حکۃ الفرج (pruritis vulvæ) ہیں ۔

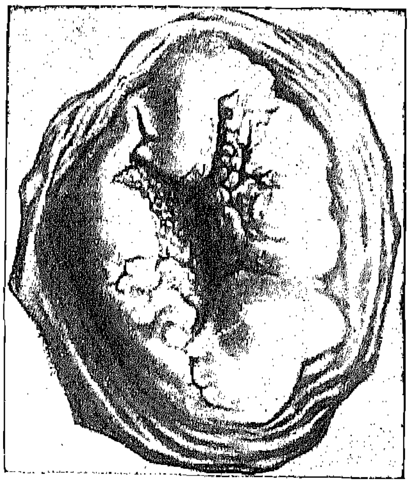
تشخیص اور علاج ۔ مغفول (neglected) فرزجہ سے پیدا شدہ عفونتی قرحہ، سرطانی سلعہ، اور زہراوی ضررات سے اس ضرر کا تمیز کرنا ضروری ہے ۔ صحیح تشخیص کرنے میں ارغوانی منہیج ابکات پر جو قرحوں کی کوروں پر نظر آتے ہیں، اور تدرن کے علامات پر جو ساتھ ہی جسم کے دیگر حصوں میں موجود ہوں، بطور ممیزات تشخیص اعتماد کیا جاسکتا ہے ۔ علاج اگر ممکن ہوسکے تو استیصال ہے لیکن اگر مریضہ اس قدر بیمار ہو کہ علاج کے اصولی تدابیر کی

متحمل نہ ہو سکے تو نلطول اور شعاعی علاج (radio-therapy) سے کام لیا جا سکتا ہے۔

عنق کا تدرّن۔ بقول کلفورڈ وائیٹ (Clifford White) زنانہ اعضائے تناسل کے تدرّن کے تقریباً ۸ فی صدی اصابات میں عنق ماؤف ہوتی ہے۔ ایسا منفرد ضرر جو محض عنق پر ہی اثر انداز ہو نادر الوقوع ہے، کیونکہ عنق بالعموم قلوپ نلیوں یا جسم رحم سے پیدا شدہ تزولی سرایت سے ثانوی طور پر ماؤف ہوتی ہے۔ سریری طور پر اس کے دو اقسام تسلیم کئے گئے ہیں، تقرحی



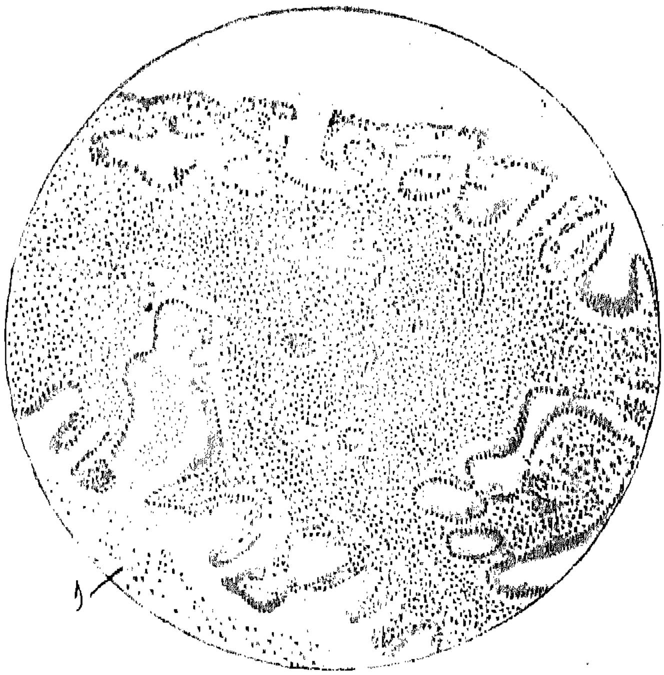
شکل ۱۸۴ قنالِ عنق کے ابتدائی تدرنی تقرح کو ظاہر کرتی ہے (کلفورڈ وائیٹ Clifford White:)۔ جو عنق شکل ۱۸۵ میں دکھائی گئی ہے اسکی تنصیف کردی گئی ہے۔



شکل ۱۸۵ ابتدائی تدرنی التہاب عنق کی تقرحی قسم کو ظاہر کرتی ہے (کلفورڈ وائیٹ)۔

اور تکاثری۔ ان میں سے قبل الذکر زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ یہ مرض بعض اوقات مہبلی حصہ (portio vaginalis) یا قنال تک ہی محدود ہوتا ہے، لیکن عام طور پر دونوں بیک وقت متاثر ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۸۴ و ۱۸۵)۔ قرحے فم خارجی کے قرب وجوار میں واقع ہوتے ہیں، اور واحد یا متعدد ہوتے ہیں۔ ان کے خاکے دبیبی ہوتے ہیں اور انکی کوریں تیز اور باقاعدہ تدریجی مائل

ہوتا ہے۔ لکانتری قسم باریک باریک اور موٹے موٹے حلیمی زائدوں کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے جو
فم خارجی کے اردگرد اور عنق کے مہبلی حصہ کے منفصلہ حصوں پر پائے جاتے ہیں جن کی وجہ سے یہ
حصے تاریک سرخ دکھائی دیتے ہیں۔ یہ مناظر عنق کے سادہ غدی سلعہ کے مشابہ دکھائی دیتے
910 ہیں جو ایک نادر الوقوع مرض ہے (دیکھو صفحہ 445)۔ یہ بروں بالیدیں بعض اوقات قنال عنق کو



شکل ۱۸۶۔ عنق رحم کا تدرن۔ عفر بنی خلیوں کے نظامات دکھائی دیتے ہیں۔ ۱۔ مصلی ارتشاح اور گول خلیوں سے پُر غدہ۔ شکل کے سب سے اوپر کے حصہ میں ایک غدہ میں بعد تکوین (metaplasia) دکھائی دیتی ہے۔

مسدود کر دیتی ہیں اور اس طرح تقیح الرحم (pyometra) پیدا ہو جاتا ہے۔ تدرّن عنق کی اس
قسم میں بھی تقرح موجود ہوتا ہے جو تدرّنی مراکز کی شکست سے پیدا ہوتا ہے۔ غدد عنق
بیش پرورده ہو جاتے ہیں اور ان کے درونے مصلی ارتشاح اور گول خلیوں سے پُر ہو جاتے
ہیں۔ غدوں کے سرحلہ کی بعد تکوین (metaplasia) اکثر اوقات نمایاں ہوتی ہے، اور

فلسمائی خلیوں والے سرطلی سلعہ (squamous-celled epithelioma) کے مشابہ دکھائی دیتی ہے جو بعض اصابات میں فی الحقیقت عنق کے تدرن کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ غدود کے اردگرد کی دررنجیتہ عضلی بافتوں میں عفریتی خلیوں کے نظامات موجود ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۸۶)۔

امارات وعلامات۔ تفرجی قسم کو سرسری طور پر اکثر اوقات غلطی سے سرطان تصور کیا جاتا ہے، اور موخرالذکر کو محض بذریعہ خردبینی امتحان کرنے پر حسب اطمینان خارج از بحث قرار دیا جاسکتا ہے۔ سیلانِ ابیض بھی موجود ہوتا ہے جو بعض اوقات خون آلود ہوتا ہے۔ درد نہیں ہوتا اور اگر ہو تو بہت کم ہوتا ہے۔ ارتفاعِ تپش موجود نہیں ہوتا، اور مریضہ کی عمومی حالت اچھی رہتی ہے بشرطیکہ کسی دوسری جگہ پر تدرن موجود نہ ہو۔ تکاثری قسم کا منظر کاذب غدی سلعہ (pseudo-adenoma) (تاکّل :erosion) (دیکھو صفحہ ۱۸، صفحہ 428) سے مشابہت رکھتا ہے، لیکن یہ نرم، خستہ اور کثیر العروق ہوتا ہے، اور اسکے اردگرد کوئی دررنش موجود نہیں ہوتی۔ تدرن زدہ عنق کے متعلق یہ بیان کیا گیا ہے کہ "یہ سرطان کی طرح دکھائی دیتی ہے اور التہاب عنق کی طرح محسوس ہوتی ہے۔" سرسری طور پر عنق کے تدرنی قرحہ کو زہراوی قرحہ سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے، لہٰذا خردبینی امتحان اور واسرمین کے کاشفہ کی طرف ضرور رجوع کرنا چاہیئے۔ منفرد عنقی ضرر میں انذار اچھا ہوتا ہے، لیکن اگر جسم کے دیگر حصص میں تدرن موجود ہو تو انذار خراب ہوجاتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ عنق کا بلند مقام پر سے بتر کردیا جائے، لیکن اگر مترقی سل موجود ہو تو کوئی عملیتی علاج نہ کرنا چاہیئے۔

جسمِ رحم کا تدرن۔ جسم رحم کا تدرن عام طور پر تدرنی التہاب انبوبہ سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے، لیکن ابتدائی رحمی سرائت کے اصابات بھی درج کئے جاچکے ہیں۔ یہ مرض زمانۂ شیرخوارگی سے لیکر سنِ یاس تک کی عمر کے تمام حصوں میں واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ تدرن عنق کے ساتھ بھی پایا جاتا ہے۔ تدرنِ رحم کے تمام اصابات میں سے
311 اکیلی عنق ۲ فی صدی میں، اور اکیلا جسم رحم ۸۵ فیصدی میں ماؤف ہوتا ہے (سی۔ وائٹ
C. White:) اور بقیہ اصابات میں دونوں ماؤف ہوتے ہیں۔ اس مرض کا عام ترین محل قرن کا قرب وجوار ہے۔ دوران حمل میں یہ بالخصوص محلِ مشیمہ پر حملہ کرتا ہے۔

حال ہی میں ہمارے مشاہدہ میں رحم کی حاد دخنی تدرنی سرائیت کی ایک عجیب و غریب مثال آئی ہے۔ یہ ایک نوجوان عورت تھی جو زمانۂ نفاس میں تدرنی عفونت الدم (tuberculous septicæmia) سے فوت ہوگئی۔ اس مریضہ کا بچہ پیدائش کے چودہ دن بعد تدرنی التہابِ سحایا (tubercular meningitis) سے مرگیا۔

اقسام (۱) دخنی (miliary) قسم جو بلا تقرح ہوتی ہے۔ (۲) مزمن انتشاری یا جبنی (caseous) قسم۔ (۳) مزمن لیفیتی (chronic fibroid) قسم۔ دوسری قسم سریری طور پر بالعموم دیکھنے میں آتی ہے۔ جسم رحم کا حاد دخنی تدرن محض قریب الموت عورتوں میں پایا جاتا ہے جیسا کہ مذکورہ بالا اصابہ کے متعلق بیان کیا جاچکا ہے۔ اور تیسری یعنی لیفیتی قسم بہت نادرالوقوع ہے۔ مزمن انتشاری قسم تدرنی دروں رحمی التہاب (tuberculous endometritis) کے نام سے موسوم ہے، لیکن مرض کا حملہ مخاطیہ تک ہی محدود نہیں رہتا بلکہ یہ ماتحت عضلی بافت میں بھی پھیل جاتا ہے۔ خردبین سے جو شہادت سب سے پہلے حاصل ہوتی ہے وہ چھوٹے چھوٹے زردی مائل ریشوں کا وجود ہے جو مخاطیہ میں کسی ایک قرن کے نزدیک یعنی قلوپی نلیوں کے داخل ہونے کے مقام کے پاس پائے جاتے ہیں (کلن Cullen:)۔ سطحی سرحلہ اول اول صحیح و سالم رہتا ہے، غدد کلاں ہوجاتے ہیں، اور ان کے سرحلہ میں تکاثر واقع ہوجاتا ہے۔ نیز بین غددی بافت چھوٹے گول خلیوں سے درریختہ ہوجاتی ہے، اور اس میں عفونتی خلیات کے نقاط پیدا ہوجاتے ہیں۔ جبنی اربکانات (caseous granulations) سے گاہے گاہے قنال عنق مسدود ہوجاتی ہے، اور تقیح الرحم (pyometra) پیدا ہوجاتا ہے۔ ہم نے قلوپی نلیوں سے لیکر رحم کے عضلی نظام تک ایک تدرنی سرائیت کا سراغ لگایا ہے۔ اس میں دروں رحمہ سرائیت زدہ نہیں تھا اور سرائیت گرد عرقی عروق لمف کے ساتھ ساتھ پھیلی تھی جیسا کہ سرطان میں ہوتا ہے۔ اس قسم کے مشاہدہ سے جسم رحم میں رخنی تدرنی خراجوں کے واقع ہونے کی توجیہہ ہوتی ہے۔

دروں رحمہ کا درنہ اور سرطان بعض اوقات بیک وقت پائے جاتے ہیں، اور یہ خیال کیا جاتا ہے کہ وہ قنایاں بعد تکوین (metaplasia) جو درنہ سے سرائیت زدہ غشائے مخاطی کے غدد میں پائی جاتی ہے کئی ایک مثالوں میں خبیث عمل کا مبدا بن سکتی ہے۔ بلینڈ سٹن (Bland Sutton) اور دوسروں نے تدرن کے ساتھ منتشر رحمی دروں رحمیت

(diffuse uterine endometriosis) کا مشاہدہ کیا ہے۔

علامات ۔ یہ ممیز نہیں ہوتے ۔ سیلانِ ابیض اور کثرتِ طمث بعض اوقات موجود ہوتے ہیں، اور بعد میں بے طمثیت رونما ہوجاتی ہے جو دروں رحمہ کی تباہی یا تقیح الرحم کی پیدائش کا نتیجہ ہوتی ہے ۔ درد جب کبھی موجود ہوتا ہے تو کسی پیچیدگی، مثلاً التہاب انبوبہ یا تقیح الرحم سے پیدا ہوتا ہے۔ عقم بالکلیہ پیدا ہوجاتا ہے۔

تشخیص اور علاج ۔ اگرچہ کوئی امتیازی علامات موجود نہیں ہوتے لیکن طبیعی امتحان کرنے پر رحم کلانی یافتہ پایا جاتا ہے، اور اس کے ساتھ بالعموم انبوبی ورم یا اورام بھی موجود ہوتے ہیں۔ محرودات (curettings) کا امتحان کرنے سے بعض اوقات عقدہ بنی خلیات کے نظامات کا انکشاف کیا جا سکتا ہے ۔ مرض کی منرقی حالتوں میں بعض اوقات جبنی مادہ خارج کیا جا سکتا ہے ۔

علاج ۔ اگر درنہ کا انکشاف محض تشخیصی حرف سے ہوا ہو اور اس کے علاوہ درنہ کی کوئی دوسری شہادت موجود نہ ہو تو جراحی علاج کے طور پر اور کچھ نہ کرنا چاہئے۔ مریضہ کی باحتیاط نگہداشت کرنا چاہئے، اور عمومی اصولوں پر علاج کرنا چاہئے۔ اگر دیگر حوضی ضرر ات موجود ہوں تو شکم کو کھول کر سرائت زدہ بافتوں کو دور کر دیا جاتا ہے ۔ یہ یاد رہے کہ نسوانی اعضائے تناسل کے تدرن کی حالت میں جراحی مداخلت کرنے سے کئی اصابات 312
میں مادہ دخنی سرائت پیدا ہو چکی ہے ۔

بیضین کا تدرنی مرض ۔ بیضین قاذفی نلیوں یا باریطون سے ثانوی طور پر ماؤف ہو سکتے ہیں ۔ ان میں سے ہر ایک حالت میں گرد بیضی التہاب (peri-oöphoritis) بالعموم پایا جاتا ہے، لیکن شائد قشرہ کی کثافت کی وجہ سے بیضی ہیکل کی سرائت نسبتہً نادر الوقوع ہے ۔ یہ ایک بہت مشتبہ امر ہے کہ آیا رخنکی تدرنی التہاب بیض کبھی ابتدائی طور پر بھی واقع ہوتا ہے یا نہیں، مگر فان فرینکے (von Franque) نے ایک بیضی سرائت کے متعلق یہ سراغ لگایا ہے کہ یہ محراب مہبل کی کسی خراش سے پیدا ہوئی تھی (آئیوانوو کے مشاہدات سے مقابلہ کرو صفحہ 272)- شوٹ لینڈر (Schöttlander) کا یہ بیان ہے کہ دخنی درنے بظاہر تندرست بیضین میں بھی پائے جا سکتے ہیں ۔ اور سٹزنفری (Sitzenfrey) کا یہ دعوٰی ہے کہ اس نے رئوی اور حوضی تدرن کی ایک مریضہ میں انسانی

مبیض کے بعضوں میں عصیبات تدرن کے وجود کا مظاہرہ کیا ہے۔

ایسی چند منفرد مثالوں کے علاوہ جن میں سرائت براستہ عروق لمف واقع ہوتی ہے دوسری حالتوں کے متعلق یہ کہا جاسکتا ہے کہ تدرنی التہاب مبیض سرسری طور پر باریطون اور قلوبی نلیوں کی سرائت کے ساتھ وابستہ ہے اور دونوں مبیض بالعموم ماؤف ہوتے ہیں۔

مرض کے ابتدائی درجہ میں دخنی درنے قشرہ کی اتصالی بافت میں پائے جاتے ہیں اور گرافی جرابوں کا منظر بعض اوقات بالکل طبعی ہوتا ہے خواہ وہ التہابی ارتشاح ہی سے کیوں نہ گھرے ہوئے ہوں۔ بعد ازاں تجبّن (caseation) شروع ہوجاتا ہے غدی بافت تباہ ہوجاتی ہے اور مبیض کلاں ہوجاتا ہے اور انجام کار یہ ایک خراجی ناچیہ بن جاتا ہے۔ تدرنی التہاب مبیض بعض اوقات رفع ہوجاتا ہے اور مبیض میں لیفیت کی ایک حالت باقی رہ جاتی ہے۔ اس کے علامات اور طبعی امارات تدرنی التہاب انبوبہ کے علامات و امارات کے مشابہ ہوتے ہیں۔

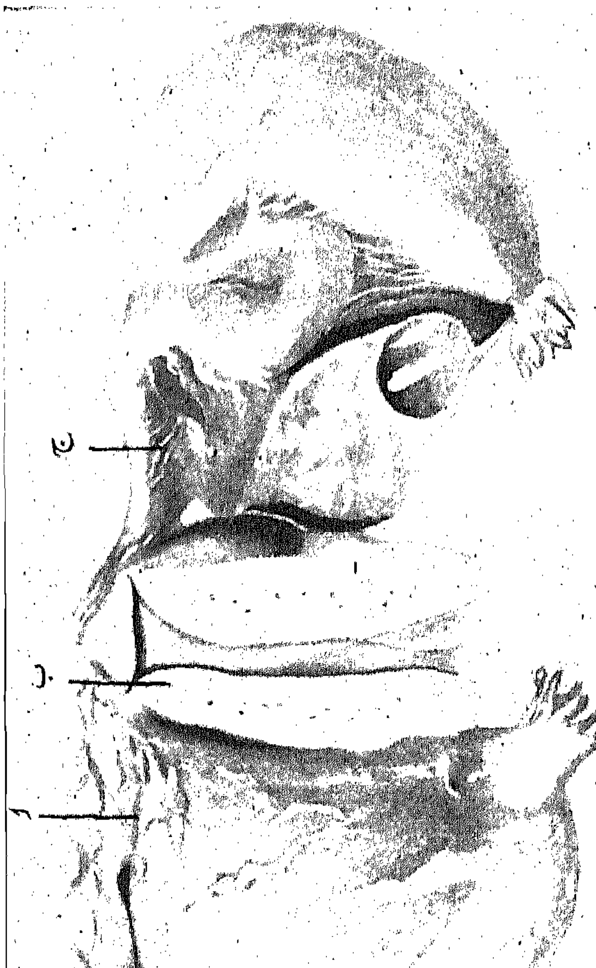
قلوبی نلیوں کا تدرّن۔ زنانہ اعضائے تناسل کے جملہ ضررات میں سے عام ترین ضرر یہی ہے۔ اور اس کی وجہ یہ ہے کہ ان نلیوں کی بناوٹ اور وضع ایسی ہے کہ ان سے ہر ایک سرائتی مادہ کے رکود کی مساعدت ہوتی ہے (دیکھو التہاب انبوبہ صفحہ 629)۔ لہٰذا النسوانی اعضائے تناسل کے تدرن کے ۸۵ فی صدی مریضوں میں تدرنی التہاب انبوبہ موجود ہوتا ہے۔

کثرتِ وقوع۔ کلفورڈ وائٹ (Clifford White) کے مطابق مناسب تحقیقات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان تمام نلیوں میں سے جو التہابی مرض کے لئے دور کی جاتی ہیں ۱۰ فیصدی میں پرانے یا حالیہ تدرنی ضررات موجود ہوتے ہیں اس مرض کے اصابات زیادہ کثرت سے پندرہ اور پینتیس سال کی عمر کے درمیان پائے جاتے ہیں۔

امراضیاتی تشریح۔ نلیاں بالعموم کلانی یافتہ اور پیچ دار ہوتی ہیں۔ بعض اوقات گرہیں دبازتیں بھی پائی جاتی ہیں جو خاص طور پر تنگنائے کے قریب ہوتی ہیں۔ جھالردار سر بعض اوقات منفتح ہوتا ہے اور کبھی کبھی فراخ بھی پایا جاتا ہے۔ جب یہ بند ہوتا ہے تو جھالریں قاعدۃً اندر کی طرف کبھی ہولی نہیں ہوتیں بلکہ دکھائی دیتی ہیں (شکل ۱۸۷)۔ تدرنی التہاب انبوبہ کے تین اقسام تسلیم کئے گئے ہیں۔ (ا) گرد انبوبی التہاب

(perisalpingitis) '(ب) دروں انبوبی التہاب(endosalpingitis)' (ج) رخنکی
التہاب انبوبہ(interstitial salpingitis)۔ یہ تینوں قسمیں اکثر اکٹھی بھی واقع ہوتی ہیں۔
قسم (ا) میں نلی کے اوپر کے باریطون میں درنے پائے جاتے ہیں۔ (ب) میں ثنیات
متورم اور درریختہ ہوتے ہیں' اوران کے سرے سرحلمہ سے معرا ہو کر جڑ جاتے ہیں' اور
اس طرح کاذب دویرے بن جاتے ہیں (کاذب جرابی التہاب انبوبہ salpingitis)
pseudofollicularis: سرحلمہ میں بعد تکوین (metaplasia) اور قرنیت
(karatinization) بھی واقع ہو سکتی ہے۔ اور اکثر اس سے ستونی خلیوں کی واحدتہ کی
بجائے بے قاعدہ تشکل والے خلیوں کی کئی ایک تہیں بن جاتی ہیں۔ بعض اصابات میں
یہ تغیرات اس قدر نمایاں ہوتے ہیں کہ یہ خباثت سے مشابہ ہوتے ہیں۔ دیگر اصابات میں
سرحلمہ بالکل تباہ ہو جاتا ہے' اور نلی کا دروبہ جبنی فواصل سے پر ہو جاتا ہے۔ دروں انبوبی
التہاب کی ایک قسم کرہچی التہاب انبوبہ(nodular salpingitis) ہے جس میں سرحلمہ
313 عضلیہ میں کافی گہرا نفوذ کر جاتا ہے' اور یہاں اس میں غدی سلعی اکثر پیدا ہو جاتا ہے۔
نیز عضلہ اور انفصالی بافت دونوں میں بیش تکون(hyperplasia) واقع ہو جاتا ہے
جس سے دروں رحمیت(endometriosis) کے ساتھ ایک نسیجیاتی مشابہت پیدا ہو جاتی
ہے (دیکھو شکل ۱۸۸ اور ۱۸۹)۔ سرحلمہ کا یہ تجاوز جو سرحلمی دگر مقامی (epithelial
heterotopy) یا سرحلمی غیر وضعیت(epithelial displacement) کے نام سے
موسوم ہے صرف تدرنی ضررات ہی کے لئے مخصوص نہیں' بلکہ یہ نلیوں کی مزمن سوزاکی اور
عفونتی سرایتوں میں بھی پایا جاتا ہے اگرچہ زیادہ نمایاں نہیں ہوتا۔ کرہچی تدرنی التہاب
انبوبہ میں بعض اوقات کرہچوں میں تکلس واقع ہو جاتا ہے۔ (ج) میں عفونتی خلیوں کے
تخت نزلامات یا جبنی مراکز عضلی دیوار میں پائے جاتے ہیں۔ یہ رخنکی قسم دموی یا لمفی سرا
سے پیدا ہوتی ہے۔
ابتدائی مدارج میں بحر دنظر امتحان کرنے سے یہ معلوم کرنا ناممکن ہے کہ التہاب انبوبہ
کا کوئی اصابہ تدرنی ہے' لیکن اگر نلی تنگنائے پر موٹی ہو گئی ہو اور اس کا شکمی دہن
منفتح ہو تو اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ تدرن موجود ہے (دیکھو شکل ۱۸۷)۔ جن اصابات
میں باریطونی سرایت موجود ہوتی ہے ان میں مصلی سطح پر دخنی درنے (miliary tubercles)

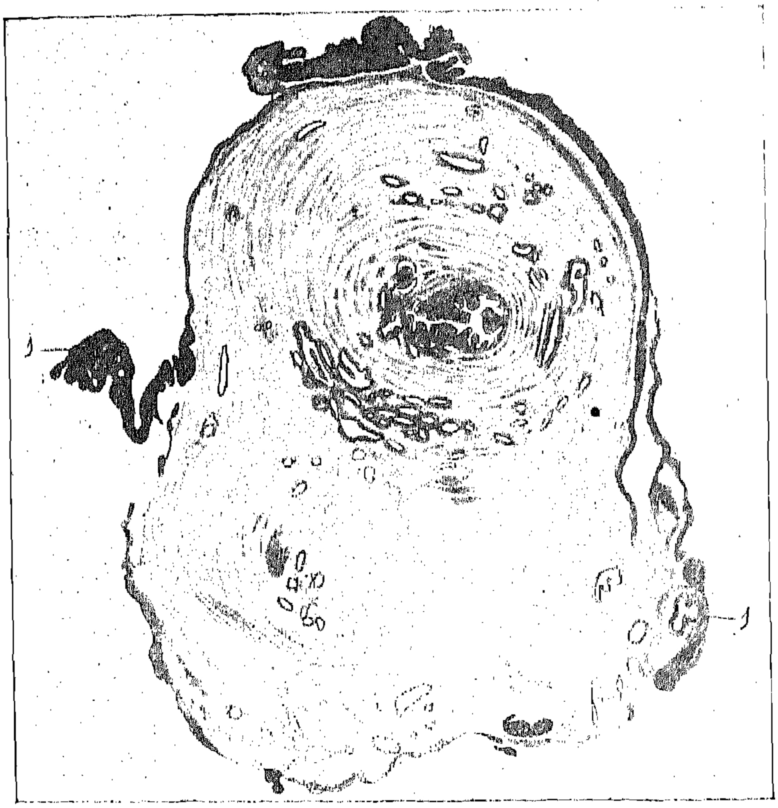
دیکھے جا سکتے ہیں، اور ان کا سراغ اکثر تحت مصلی طبقہ تک لگایا جا سکتا ہے۔ سرائیت کا زیادہ تر



شکل ۱۸۷۔ دوجانبی تدرنی نبولی اجتماع ریم (Double Tuberlcuous Pyosalpinx) گرہچی التہاب انبوبہ (Nodular Salpingitis) کو غور سے دیکھا جائے، اور یہ بھی دیکھا جائے کہ جھالریں اندر کی طرف کھچی ہوئی نہیں ہیں۔
ا اور ج ان نقاط کو ظاہر کرتے ہیں جن پر دونوں نلیوں میں تدرنی ماسکات کا وجود ظاہر کرنے کے لئے تراشیں لی گئی تھیں۔ جو تراش ب پر لی گئی تھی اس سے یہ ظاہر ہوا تھا کہ درنہ کے ماسکات نلی کے زنخی حصہ سے لیکر عضلۂ رحم تک پھیلے ہوئے تھے۔

اثر بالعموم نلی کے انتفاخی اور رحمی سروں پر پڑتا ہے۔ جب جھالریں ایک دوسرے سے 314
چپک جاتی ہیں تو انتفاخی سرا نبولی اجتماع ریم (pyosalpinx) پیدا ہو جاتا ہے، اور ایسا

جملہ اصابات کی ایک تہائی میں ہوتا ہے۔ اس کے مشمولات عقیم، اور اماعت یافتہ جبنی مادہ پر مشتمل ہوتے ہیں، اور اصلی پیپ صرف ثانوی سرائت ہی کے اصابات میں پائی جاتی ہے۔ نلی کے خراج بارد (cold abscess) کی اصطلاح اس بڑے تدرنی انبوبی اجتماع ریم کیلئے استعمال کی جاتی ہے جس کی



شکل ۱۸۸ - کربچی التہاب انبوبہ (Nodular Salpingitis) (تنگنائی کربچی التہاب انبوبہ: Salpingitis isthmica nodosa) جو دروں رحمیت کے مشابہ ہے (فان فرینکے: von Franque) - ا ا - نلی کے باریطونی طبقہ کی حد۔

دیواریں پتلی ہوں۔ یہ خفیف قسم کی سرائت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس قسم کا خراج بعض اوقات بلیغی دویرہ سے بہت مشابہ ہوتا ہے، اور اس کے حاصر باریطون کا منظر بالعموم طبعی ہوتا ہے۔

بعض اصابات میں تدرنی مواد سے پرتلیاں کبھی کبھی اسطوانی اورام کی تشکل اختیار کر لیتی ہیں (دیکھو
شکل ۱۹۰)۔ تدرنی التہاب انبوبہ کی مترقی حالتوں میں نلی گھٹنے التصاقات کے ذریعہ سے
اپنی ہم پہلو ساختوں سے چپک جاتی ہے، اور ناسوری راستے بعض اوقات مبیض یا امعاء یا
مثانہ کے اندر تک چلے جاتے ہیں۔ شاذ حالتوں میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ ماساریقی غدد کلائی
یافتہ ہو جاتے ہیں۔

سریری خصائص۔ بعض اوقات ایسے علامات جو نلی سے منسوب کئے جاسکیں بالکل
غائب ہوتے ہیں، اور مرض کی خفی قسم میں خاص طور پر ایسا ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر 615
تدرنی خراج میں ثانوی سرائت واقع ہو جائے تو علامات بہت شدید ہوتے ہیں۔ سرجن کئی
مرتبہ انبوبی مبیضی تودہ کو تدرنی پاکر متحیر رہ جاتا ہے اور یہ اس کا ایک عام تجربہ ہے۔ اور
وائٹ رج ولیمس (Whiteridge Williams) کے جملہ "غیر مشتبہ تدرن" ("unsuspected
tuberculosis") کا اطلاق کئی ایک اصابات پر ہوتا ہے۔ بعض اوقات عمومی صحت
خراب ہو جاتی ہے اور وزن کم ہو جاتا ہے۔ اور کبھی کبھی مستمر حرقفی یا قطنی درد پایا جاتا ہے
جس میں گرد انبوبی التہاب کی وجہ سے اشتدادات واقع ہوتے ہیں۔ شدید درد حیض یا وجع الحیض
(menorrhalgia) بھی گاہے گاہے موجود ہوتا ہے، اور بے قاعدگی طمث یا قلت طمث
(oligomenorrhoea) بھی پائی جاتی ہے کبھی کبھی اور علامات بھی موجود ہوتے ہیں جو درون
رحمی التہاب کی طرف اشارہ کرتے ہیں، مثلاً سیلان ابیض۔ آخر میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ
بعض حالتوں میں استسقاء سے کلانی شکم واقع ہو جاتی ہے۔ ابتدا بالعموم غیر محسوس طور پر
ہوتی ہے، اور مرض آہستہ آہستہ ترقی کرتا ہے۔

طبیعی امارات۔ استسقاء کبھی موجود ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔ نلی کی تنگنائے
کی کریچی دبازت تدرن کی طرف اشارہ کرتی ہے۔ ان خصائص کی عدم موجودگی میں ایسے
اور کوئی امتیازی امارات نہیں ہیں جو التہاب انبوبہ کے تدرنی ہونے پر دلالت کریں۔

تشخیص۔ اگر کسی باکرہ عورت میں جس میں التہاب زائدہ کی کوئی روئداد نہ پائی جاتی
ہو دو جانبی التہاب انبوبہ موجود ہو تو درنہ کو اس تکلیف کا اغلب سبب تصور کیا جاسکتا ہے۔
شبانہ ارتفاع تپش یا سل کے بیّن امارات سے اس شبہ کو تقویت پہنچتی ہے۔ رستے ہوئے
طبیعی دویرہ سے جس کے ساتھ استسقاء بھی موجود ہو ایسے طبیعی امارت پیدا ہو جاتے ہیں

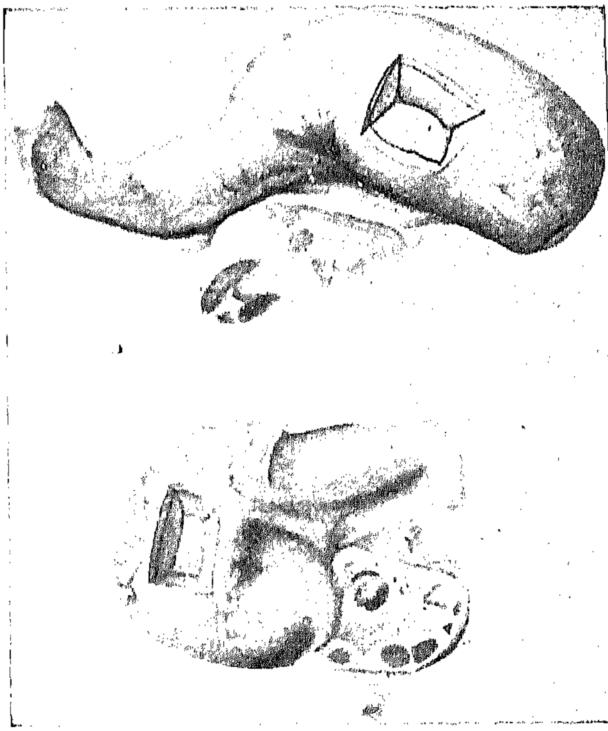
جو تدرنی التہاب انبوبہ معہ استسقاء کے امارات کے مشابہ ہوتے ہیں۔
علاج۔ جن اصابات میں انبوبی یا انبوبی مبیضی ضرر مرض کا اہم ترین مرکز ہوتا ہے



شکل ۱۸۹۔ کرتیجی التہاب انبوبہ (Nodular Salpingitis) (تنگنائی کرہی التہاب انبوبہ :Salpingitis isthmica nodosa) کی خردبینی تراشش۔ اس تراشش میں عضلیہ میں غدی جرابات دکھائی دیتے ہیں (جرابی التہاب انبوبہ :salpingitis follicularis)- ورنشاندہ خاکہ سے نلی کی حقیقی جسامت ظاہر ہوتی ہے۔ اس تراشش میں تدرنی نظامات اعلیٰ طاقت سے دکھائی دیتے تھے

(دیکھو شکل ۱۰ ام، صفحہ 640)-

ان میں عملیۂ شکم شگافی سے ماؤف اعضاء کو دور کیا جاسکتا ہے۔ مرض کی مترقی حالتوں میں رحم 316
اور متقیح نلیوں کو بھی الگ کیا جاسکتا ہے، لیکن یہ عملیہ اکثر مشکل ہوتا ہے اور اس لحاظ سے خطرناک
ہوتا ہے، اور مرض کو جوئے خون کے راستہ سے منتشر کرنے کے خطرہ کو ہرگز نظرانداز نہ کرنا چاہئے۔



شکل ۱۹۰ عف ۱۔ تدرنی انبوبی اجتماع ریم (Double Tuberculous Pyosalpinx)۔
اوپر کا نمونہ غیر منقسم تھا۔ نیچے کے نمونے میں یہ ظاہر ہوتا ہے کہ نل خمیدہ ہوگئی ہے اور
بیض کے ساتھ منضم ہے۔ نیز یہ دوسری اہم پہلو ساختوں کے ساتھ بھی منضم تھی۔ نلیوں
کو سخت کرنے کے بعد ان میں روزن بنائے گئے ہیں جن میں سے مغلظ جبنی مشمولات
دکھائی دیتے ہیں۔

ان وجوہ کی بنا پر بعض سرجن بالکل حفاظتی طرز اختیار کرتے ہیں اور تدرن زدہ زوائد اور ارحام کو
قطعاً نہیں چھوتے۔ تدرنی خراج کی مسیلیت ہرگز براستہ مہبل نہ کرنا چاہئے۔ کیونکہ اس سے

317

ہمیشہ ایک دشوار علاج ناسور پیدا ہو جاتا ہے۔

باریطون کا تدرن - باریطون کا تدرن عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے۔ باریطون کا وہ حصہ جو سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ ماؤف ہوتا ہے باریطونی حوض ہے' اور اس امر کی توجیہ تجاذیب کی وجہ سے کہ بغیر باریطون میں عصیبات تدرن کے تہ نشین ہونے سے کی گئی ہے۔ ولیمس (Williams) نے باریطونی سرائیت کو ۳۳ تا ۵۰ فی صدی اصابات میں کسی حوضی منبع سے منسوب کیا ہے۔ ایبی (Abbe) کا یہ خیال ہے کہ ۶۶ فی صدی اصابات میں سرائیت صدری غدد سے اور ۱۶ فی صدی میں ماساریقی غدد کے راستہ سے آتی ہے۔ امعاء اور جوئے خون سرائیت کے دیگر منابع ہیں۔

اقسام - اس کے تین اقسام ہیں۔ (۱) دخنی (miliary)' (۲) تجبنی (caseous)' (۳) لیفی تکوینی (fibroplastic)۔

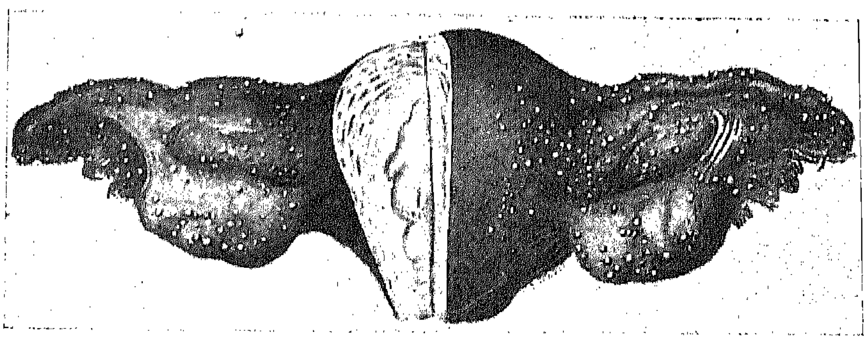
(۱) **دخنی قسم** - یہ قسم بعض اوقات علامات پیدا کرنے کے بغیر ہی تدرداً تک موجود رہتی ہے۔ باریطون پر چھوٹے چھوٹے درنے ایک کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۹۱) انضمامات کبھی موجود ہوتے ہیں اور کبھی نہیں۔ حاد قسم میں باریطون دبازت یافتہ ہوتا ہے' اور اس میں چمک نہیں ہوتی' اور اس کی سطح سے لمف کے ندفات (flakes) چپکے ہوتے ہیں۔ کم و بیش استسقاء بھی موجود ہوتا ہے' اور استسقائی سیال زرد اور خون آلود ہوتا ہے' اور اس میں تیرتے ہوئے لمف کے تودے پائے جاتے ہیں۔ اس قسم میں انضمامات نازک ہوتے ہیں اور ان سے خون آسانی سے بہنا شروع ہو جاتا ہے۔

(۲) **جبنی قسم** زیادہ شدید ہوتی ہے۔ اس میں جبنی تودے اور خراجات موجود ہوتے ہیں' اور امعاء اور ثرب سے بعض اوقات ایک منضم تودہ طیار ہو جاتا ہے جو طبعی امتحان پر نو ساخت (neoplasm) کی طرح محسوس ہوتا ہے منضم امعاء کی گنڈلیوں کے درمیان کبھی کبھی زرد جبنی اور قیحی سیال کے دو دیرہ بند اجتماعات بھی پائے جاتے ہیں۔ ایسی حالت حوض یا ثرب یا کسی دیگر مقام تک ہی محدود ہوتی ہے' اور یا عمومی استسقاء بھی موجود ہوتا ہے۔ جبنی قسم میں ناسور بننے کا خطرہ ہوتا ہے جو امعاء یا مثانہ میں اور یا ناف پر کھلتے ہیں۔ جب تدرنی التہاب باریطون حوض تک ہی محدود ہوتا ہے تو اس کے ساتھ فلوپی نلیوں کا تدرن ہمیشہ موجود ہوتا ہے' اور مرض زدہ بافتوں سے

ایک دوسری تودہ طیار ہوجاتا ہے جو ایک منضم بیضی دویرہ کے مشابہ ہوتا ہے۔

(۳) لیفی تکوینی قسم مذکورہ دو اقسام اور خاص کر پہلی کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس کے ممیز خواص یہ ہیں کہ درنے غائب ہوجاتے ہیں، اور ریشہ دار بن جاتے ہیں جو انتڑیوں کی گنڈلیوں کو ایک دوسری سے اور دیوارِ شکم سے چپکا دیتے ہیں۔ انضمامات بعض اوقات اس قدر کثیف ہوتے ہیں کہ حقیقی کہفۂ باریطون کا تلاش کرنا مشکل ہوتا ہے۔ صاف زرد سیال کے دویرہ بند اجتماعات موجود ہوتے ہیں۔ تثرب اور ماساریقا باز کشیدہ ہوجاتے ہیں، اور اس طرح امعاء کا تثنّی (kinking) اور ضیق پیدا ہوجاتا ہے۔ جو بند ایک مقام سے دوسرے مقام تک جاتے ہیں ان سے امعاء کے مختنق ہوجانے کا خطرہ ہوتا ہے۔

سریری طور پر تدرّنی التہابِ باریطون کے یہ تینوں اقسام بعض اوقات



شکل ۱۹۱ موضعی باریطون کے دخنی تدرن (Miliary Tuberculosis) کو ظاہر کرتی ہے (کلنورڈ وائیٹ)۔

اکٹھے پائے جاتے ہیں۔

علامات و امارات ۔ علامات بعض اوقات بالکل موجود نہیں ہوتے اور بعض اوقات یہ اس وسیع التہابِ باریطون کے علامات کے مشابہ ہوتے ہیں جس کے ساتھ معوی انسداد (intestinal obstruction) بھی موجود ہو۔ ابتدا کبھی کبھی اتنی حاد ہوتی ہے کہ اس سے منفتل بیضی دویرہ کی موجودگی کا خیال پیدا ہوتا ہے اور طبیعی امارات اس حالت سے مشابہت رکھتے ہیں۔ کئی ایک حالتوں میں بعض

318 علاماتِ منذرہ (prodromata) بھی دکھائی دیتے ہیں' اور یہ عدم اشتہا' وزن کی کمی' بدہضمی' اور ارتفاع تپش ہیں۔ موخرالذکر بالخصوص شام کے وقت ظاہر ہوتا ہے۔ حاد اصابات میں تپش ۱۰۳° ف تک بھی پہنچ جاتی ہے' اور شدید درد شکم اور کسی قدر الیمیت موجود ہوتی ہے۔ زیادہ مزمن حالتوں میں حوض میں اکثر حزقی درد (bearing-down pain) پایا جاتا ہے' اور شکم کے حصۂ زیریں میں الیمیت موجود ہوتی ہے۔ کیلی (Kelly) نے عسرالبول (dysuria) کی طرف توجہ دلائی ہے کہ یہ ایک کثیر الوقوع علامت ہے۔ شکم پہلے پہل منتطبل ہوتا ہے' لیکن بعد میں استسقاء کے علامات پائے جاتے ہیں۔ آوازِ قرعِ امعاء کی متمدد گنڈلی یا سیال کے دوبیرہ بند اجتماع کی موجودگی کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ مزمن استسقائی قسم میں سائر اصمیت (shifting dullness) کا مظہر بآسانی حاصل کیا جاسکتا ہے' کیونکہ سیال انضمامات کی وجہ سے دوبیرہ بند نہیں ہوتا۔ بعض اوقات ایسا سلعہ پایا جاتا ہے جو بظاہر ٹھوس ہوتا ہے اور اس کی رنّان آواز نکلتی ہے' اور ممکن ہے کہ دو امتحانوں کے درمیان اس کے تعلقات بھی بدل جاتے ہیں۔ اس قسم کی حیران کن خلافِ قاعدہ حالتیں تدرنی التہابِ باریطون پر دلالت کرتی ہیں۔

انذار۔ مزمن ذحنی اور استسقائی اقسام میں صحت یابی کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے۔ جبنی قسم میں جس میں بہت سے منکسر ناسکات موجود ہوں انذار غیر مساعد ہوتا ہے۔ نوجوانوں کا بہ انذار کم عمر بچوں اور بوڑھے مریضوں کی نسبت بہتر ہوتا ہے۔ اگر ساتھ ہی سل یا معوی تدرن موجود ہو تو یہ خطرناک ہوتا ہے۔ بلند تپش' براز میں مخاط اور خون کی موجودگی' اسہال' قے کی کثرت' اور لاغری بہت ناموافق علامات ہیں' کیونکہ ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ امعاء کا مخاطیہ ماؤف ہے۔

علاج۔ اگر مرض کی شناخت ابتدائی مدارج میں ہوجائے تو صحت گاہی علاج کی' شمسی علاج (helio-therapy) اور ٹیوبرکلین کے انشرابات کی معیت میں آزمائش کرنا چاہیے۔ جبنی اور انضمامی اقسام میں مختلف علاج کو مکمل طور پر آزمانا چاہیے۔ جب آزاد سیال موجود ہو اور اس کی مقدار میں اضافہ ہو رہا ہو تو شکم کھولکر سیال کو خارج کر دینا چاہیے۔

انضمامات کا تدارک کرنے میں بہت احتیاط کرنا چاہیے کیونکہ معوی ناسور بآسانی بن جاتے ہیں مگر شاذ و نادر ہی مندمل ہوتے ہیں۔ خارجی ناسور پر بھی یہی صادق آتا ہے۔ لہذا دیوارِ شکم کو بند کرتے وقت بہت احتیاط سے کام لینا چاہیے۔ صحت گاہ کا علاج عملیہ کے بعد کے زمانۂ نقاہت کے بعد شروع ہونا چاہیے۔

اعضائے تناسل کی شعاع فطریت

(ACTINOMYCOSIS OF THE GENITAL ORGANS)

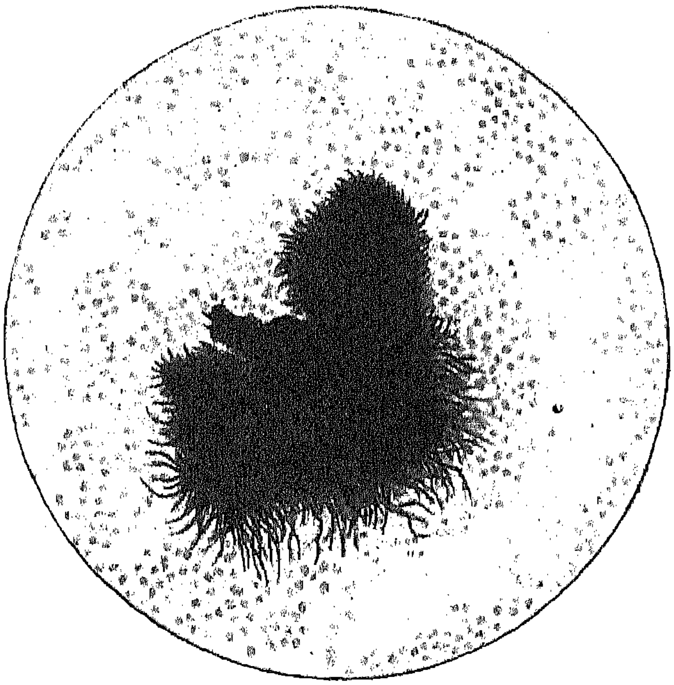
سبحی شعریہ کی سرائتیں
(Streptothrix infections)

سبحی شعریہ (streptothrix) کی جنسی اصطلاح فطرات (fungi) کی بعض قسموں پر مشتمل ہے جو انسان اور دیگر پستانیوں کے لئے مرض ہیں۔ بعض مثالوں میں یہ عضویئے شعاعی گروہوں میں مجتمع ہوتے ہیں، اور یہ کرن پھپھوندی (ray-fungus) یا سبحی شعری شعاع فطر (streptothrix actinomyces) کی امتیازی خصوصیت ہے۔ سبحی شعریوں (streptothrices) سے پیدا شدہ ضررات تدرن، جذام اور آتشک کے ضررات کے مشابہ ہوتے ہیں، اور یہ مزمن سرائتی ذراتی سلعات (chronic infective granulomata) سے تعلق رکھتے ہیں۔

ضررات کے اس گروہ کی امتیازی خصوصیت یہ ہے کہ ان میں اریکی بافت کے کرتیجے ان ماسکات کے گرد پائے جاتے ہیں جن پر عضویئے حملہ آور ہوتے ہیں۔ ان عضویوں کے دروں سموم (endotoxins) التہابی تعامل کو اس طرح متغیر کر دیتے ہیں کہ اریکات میں ایک عجیب قسم کے خلیات پیدا ہو جاتے ہیں، اور اس طرح درحلمہ نما (endothelioid) اور عفریتی خلیے (giant-cells) پیدا ہو جاتے ہیں۔ مگر موخرالذکر جو درنہ میں بکثرت پائے جاتے ہیں سبحی شعریہ (streptothrix) کی سرائتوں میں اتنی کثرت کے ساتھ موجود نہیں ہوتے اور اتنے واضح بھی نہیں ہوتے۔ سبحی شعریوں سے پیدا شدہ ذراتی سلعات میں ہمیشہ مزمن مقامی تقیح پیدا ہو جاتا ہے۔ 319

عضویئے سبحی شعریات (streptothriceæ) پتلے ارتشک دار اور شاخدار عضویئے ہیں جن کی جگہ ارتقائے نسلی کے لحاظ سے بظاہر جراثیم اور صادق فطرات کے درمیان درمیان ہے۔ ان کی امتیازی خصوصیت "تخموں" ("gonidia") یا بذور (spores) کا نمو ہے جو اختصاص یافتہ نسیجات (hyphæ) سے پیدا ہوتے ہیں۔ بافتوں اور کاشتوں

دونوں میں یہ طفیلیہ شاخدار رشتکوں کے گتھے ہوئے شبکہ کی شکل کا دکھائی دیتا ہے جن سے جلد ہی نہایت گھنی بناوٹ کا ایک ٹھوس فطری جال (mycelium) طیار ہو جاتا ہے۔ (دیکھو شکل ۱۹۲)۔



شکل ۱۹۲۔ انسانی بیض کی شعاع فطریت (Actinomycosis) (ایف ٹیلر اور فشر) جس میں گھنی بافت کا ایک ٹھوس فطری جال (mycelium) دکھائی دیتا ہے۔ ۴۵۰×۔

یہ تصویر ایک ۳۴ سالہ مریضہ کے دائیں بیض کی ابتدائی شعاع فطریت سے طیار کی گئی تھی۔ دوسرا اور کوئی ضرر موجود نہیں تھا، اور زوائد (appendages) کے استیصال کے بعد صحت ہو گئی۔

موخر الذکر میں مندرجہ ذیل تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ (۱) رشتکوں کے سروں پر ادرام بن جاتے ہیں۔

۱؎ Taylor and Fisher, *Lancet*, 1909, vol. i, p. 758; and *Brit. Med. Journ.*, 1909, vol. i, p. 844.

(ب) فطری جال کے تودہ کے مرکز میں تنخزی تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ (ج) فطری جال کے تاگے ٹکڑوں میں تقسیم ہوجاتے ہیں۔

سروں کے اورام کی دو واضح قسمیں ہیں۔ (۱) خود رشتنکوں کے چھوٹے چھوٹے بصلی پھیلاؤ، (۲) حاصر غلافات کے زیادہ بڑے زجاجی اورام جن سے گرز (clubs) بنتے ہیں۔ موخرالذکر میں ایک شعاعی ترتیب پائی جاتی ہے، اور کرنی پھپھوندی (ray-fungus) اور شعاع فطر (actinomyces) کے نام کی وجہ تسمیہ یہی ہے۔ گرز تفریقی ضررات میں بہترین دکھائی دیتے ہیں۔ انسانی سرائتوں میں یہ بہت چھوٹے ہوتے ہیں، اور اس لئے ان کا مطالعہ کرنا مشکل ہے۔ یہ بالیدگی کے ایک متاخر درجہ میں پائے جاتے ہیں جب کہ بافتوں کے اندر
کے عمیرات (colonies) وسیع ہوں، اور ان میں مرکزی تنخز شروع ہو جائے۔ 920

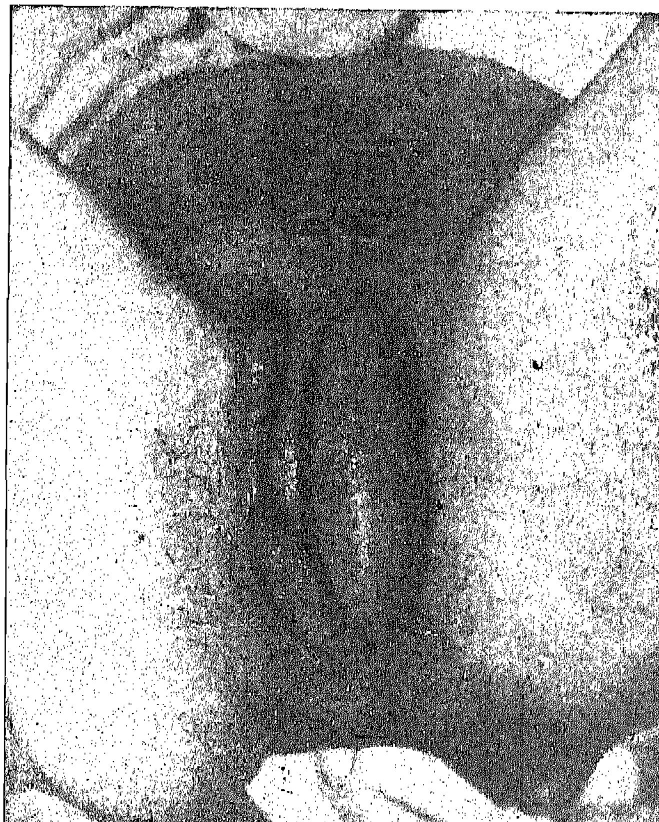
سبحی شعریہ (streptothrix) کی سرائت کا مظاہرہ کرنے کے لئے گرام کے طریقہ سے بافتوں کی تلوین ضروری ہوتی ہے۔ فطری جال (mycelium) کے رشتنک اور بذور (spores) گرام مثبت ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۹۲)، اور زجاجی گرز (hyaline clubs) اور منتخز رقبہ جات گرام منفی ہوتے ہیں۔

تقسیم۔ امریکہ اور ناروے کے بعض ارباب سند سبحی شعریات (streptothriceæ) کو لازمی طور پر ممرض طفیلیے تصور کرتے ہیں، جو جسم حیوان کے باہر زندہ نہیں رہ سکتے۔ تاہم یہ ثابت کرنے کے لئے ہمارے پاس کافی شہادت موجود ہے کہ ممرض سبحی شعریات غیر ممرض (گندہ نباتی :saprophytic) شکل میں زندہ رہ سکتے ہیں، کیونکہ یہ پوال، اناج اور گھاس پر پائے جاسکتے ہیں۔ اور ان خراشیدگیوں کے راستہ سے جسم میں داخل ہوتے ہیں جو سرائت زدہ اشیا سے واقع ہوتی ہیں۔ ان کے داخل ہونے کا عام راستہ دہن اور بلعوم ہے، لیکن غذائی اور تنفسی خطوں اور جلد کے راستہ سے بھی سرائت واقع ہوسکتی ہے۔ ایک عورت میں جس نے "وِش بون" ("Wish-bone") قسم کے مانع حمل فرزجہ کا استعمال کیا تھا نلیوں اور بیضین کی شعاع فطریت کے واقع ہونے سے اس امر کے امکان کا خیال پیدا ہوتا ہے کہ مہبل ہی سرائت کا راستہ ہو گی۔[1]

---

[1] "Actinomycosis of Tubes and Ovaries." Draper and Studdiford. *Amer. Jl. Obst. Gynæc.*, vol. xi. No. 5, May, 1926.

مرضی تشریح۔ اس ضرر کی امتیازی خصوصیت اس کی ترقی پذیر توسیع ہے۔ بعض اوقات بلاواسطہ مقامی انتشار سے بافتوں کے بڑے بڑے رقبے سرائیت زدہ ہو جاتے ہیں، اور دور دور کے حصوں تک بھی ثانوی انتشار ہو جاتا ہے۔ ہر ایک غمیرہ ایک سرائتی ماسکہ کا مرکز بن جاتا ہے،



شکل ۱۹۳۔ خارجی اعضائے تناسل کی شعاع فطریت (Actinomycosis)۔
(ٹیلر ینگ Taylor Young: اور ویلش Welsh:-)

321 اور ہر ایک ماسکہ میں انجام کار ایک چھوٹا سا خراج بن جاتا ہے، جو متصلب اور متہیج بافتوں سے محصور ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۹۳)۔ اس طرح ایک سرائیت زدہ عضو بعض اوقات تقیح کے کثیر التعداد ماسکات سے چھلنی ہو جاتا ہے، اور یا اس میں ایک بہت بڑا خراج بنجاتا ہے۔ پیپ کی

امتیازی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ اس میں سفید یا گندھک کے رنگ کے زرد ذرات پائے جاتے ہیں جو خالی آنکھ سے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ طفیلیوں کے عمیرات ہوتے ہیں۔

سریری خصائص۔ عمومی تسمم بعض اوقات شدید ہوتا ہے، اور اس سے تپ ہو جاتی ہے اور پسینے آتے ہیں اور جسم لاغر ہو جاتا ہے۔ لیکن ایسا عموماً مرض کے آخری مدارج ہی میں ہوتا ہے، اور بعض اوقات مزمن وسیع سرائتوں کے باوجود صرف تھوڑا سا بنیٔی اختلال پایا جاتا ہے۔ یہ کہا جاسکتا ہے کہ مذکورہ عمومی تسمم تدرن سے پیدا شدہ تسمم کے مشابہ ہوتا ہے لیکن اس سے کم شدید ہوتا ہے۔ شکمی حوضی ضرات میں تین مدارج پائے جاتے ہیں جن کی طرف گرل (Grill) نے اشارہ کیا ہے۔ (۱) حملہ کا درجہ جس کے علامات مبہم سے ہوتے ہیں اور جو التہاب زائدہ کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ (۲) احشاء یا دیوارہائے شکم میں اور بالعموم لفائفی اعوری خطہ (ileo-cæcal region) میں سلعات کے بننے کا درجہ جس میں درد شاذونادر ہی پایا جاتا ہے۔ (۳) تقیح کا درجہ جس میں گہرے جوف اور دشوار علاج ناسور بنجاتے ہیں۔

حوضی سرائت۔ حوضی سرائت نادرالوقوع ہے۔ یہ سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ زائدہ کے راستہ سے واقع ہوتی ہے، لیکن یہ خون کی رَو کے راستہ سے بھی پیدا ہوتی ہے، اور عضویہ نظام جسم میں لوزتین کے راستہ سے داخل ہوتا ہے۔

ایک یا دونوں بیضوں کی شعاع فطریت بھی کئی ایک مرتبہ درج کی جاچکی ہے (شکل ۱۹۲)۔ یہ اعضا لیفی بافت میں تبدیل ہوگئے تھے جکے اندر چھوٹے چھوٹے خراج بند تھے، اور یا یوں کہا جاسکتا ہے کہ یہ پتلی دیواروں کے خراجی تاچوں سے زیادہ حیثیت نہیں رکھتے تھے۔

قلوبی نلی کی شعاع فطریت بالعموم دائیں طرف پائی گئی ہے، جس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ سرائت زائدہ سے آتی ہے۔

علاج۔ سرائت زدہ بافتوں کے آزادانہ استیصال اور سلعوں پر پچارے سے ٹنکچر آف آئیوڈین کا طلا کرنے کی سفارش کی جاتی ہے۔ پوٹاسیم آئیوڈائیڈ (potassium iodide) کی بڑی بڑی خوراکوں (۱۰ گرین دن میں تین مرتبہ) کا استعمال چند دن تک کرانا چاہیئے، اور پھر ایک ہفتہ تک بند رکھنا چاہیئے، اور پھر چند دن تک کرانے کے بعد مہینہ میں ایک مرتبہ تکرار کرنا چاہیئے (ٹیلر ینگ: Taylor Young)۔ یہ صاحب سند محقق ناشی

آئیوڈین کے استعمال سے بھی متفق ہے، جس کا طریقہ یہ ہے کہ ہر صبح ۳۰ گرین پوٹاشیم آئیوڈائیڈ دیا جاتا ہے اور اس سے چار گھنٹہ بعد ۱ اونس کلورین واٹر (chlorine water) پلایا جاتا ہے، اور پھر دو گھنٹہ کے بعد اس کا تکرار کیا جاتا ہے حتیٰ کہ اس کی مقدار ۳ اونس تک پہنچ جاتی ہے۔ اس کا یہ بیان ہے کہ اس کا استعمال کئی ایک مہینوں تک جاری رکھنا چاہئے۔ ٹیلر بنگ ذاتی جدریت (autogenous vaccine) کے استعمال کی بھی بہت تعریف کرتا ہے۔

اسفر جلوسیت (Aspergillosis) ایک اور سبحہ شعری سرائت ہے جو پرندوں میں عام طور پر پائی جاتی ہے۔ یہ مرض گاہے گاہے آدمی کو لاحق ہو جاتا ہے اور زیادہ تر پرندبازوں میں پایا جاتا ہے۔ اگرچہ ضرر کا عام ترین محل پھیپھڑوں میں ہوتا ہے مگر یہ فطر جسم میں بعض اوقات اذن خارجی اور مہبل میں سے اور زیادہ شاذ طور پر مثانہ میں سے بھی داخل ہو جاتا ہے۔

نتقہ قنفذیہ اور دیگر طفیلیات کی سرائتیں

(ECHINOCOOCAL AND OTHER PARASITIC INFECTIONS)

طفیلیات کی مندرجہ ذیل قسمیں گاہے گاہے تناسلی خطہ میں پائی جاتی ہیں:۔

(۱) ربیانیے (Cestodes)-
 (ا) شریطیہ قنفذیہ (Tænia echinococcus)-

(۲) ویدان سلکیہ (Nematode worms)-
 (ا) دود الخل (Oxyuris vermicularis)-
 (ب) خراطینی صفار (Ascaris lumbricoides)-

322 (۳) ویدان مثقبہ (Trematode worms)-
 (ا) خون باش دودنہ (Distoma haematobium) (خون باشیہ)
 بلہارزیہ (Bilharzia haematobia:)-

۴ تخریوانات (Protozoa)۔

(ا) شعری ثنالیہ مہبلی (Trichomonas vaginalis)۔

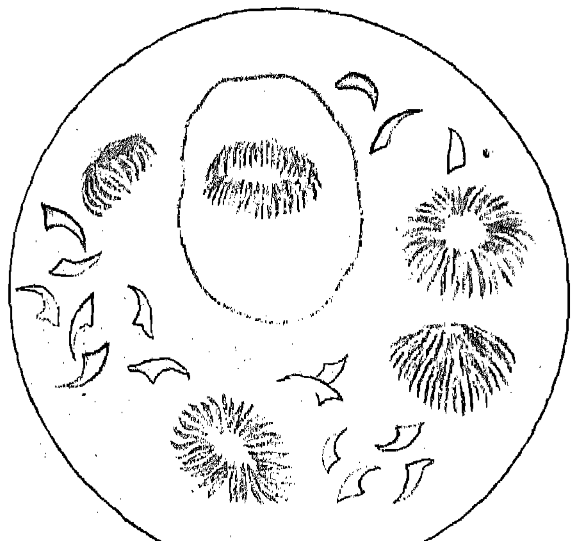
(ب) بولی تناسلی امیبا (Amœba urogenitalis)۔

(ا) احشائے جوف کا مرض کیسیہ۔ مرض کیسیہ (hydatid disease) ایک ریبانیہ (cestode) یا دودہ شریطیہ (tapeworm) سے پیدا ہوتا ہے جو شریطیہ قنفذیہ (Tænia echinococcus) کے نام سے موسوم ہے۔ ریبانیوں (cestodes) کی جماعت کے دیگر ارکان کی طرح یہ کیڑا بھی نمو کی دو ہیئتوں میں سے گذرتا ہے۔ بالغ معنفی شکل (دو معائی ہیئت :enteral phase) بعض حیوانات کلبی (canines) مثلاً کتے اور بھیڑیئے وغیرہ میں پائی جاتی ہے۔ نابالغ دو یرہ بند شکل (بدنی ہیئت :somatic phase) دیگر مختلف پستانیوں، خاصکر بھیڑ کی اور گاہے گاہے آدمی کی احشائی اتصالی بافتوں یا مصلی غشاؤں میں گذرتی ہے۔

ہر مشتی کرم میں خطیفات (hooklets) کے تین جوڑے پائے جاتے ہیں، اور یہ ایک کائیٹینی (chitinous) خول کے اندر بند ہوتا ہے۔ یہ خطیفی کرہ (oncosphere) کہلاتا ہے، یہ مرض آدمی میں خطیفی کروں (onocospheres) کے داخل ہونے سے پیدا ہوتا ہے جو کتے کے امعاء سے خارج ہو کر پینے کے پانی میں یا نباتات میں مل جاتے ہیں اور یا خشک ہونے کے بعد میزبان کے اندر بذریعہ تنفس چلے جاتے ہیں۔ معدہ میں کائیٹینی خول نرم ہو جاتے ہیں اور سنبلی (spicated) مضغہ آزاد ہو جاتا ہے۔ خطیفات غذائی نلی کی دیواروں میں سوراخ کر کے مضغہ کے لئے راستہ طیار کر دیتے ہیں۔ ۹۰ فیصدی اصابات میں (تھامس :Thomas) یہ غالباً بابی نظام کے ذریعہ سے جگر میں پہنچ جاتا ہے اور ۱۲ فیصدی میں یہ پھیپھڑوں میں چلا جاتا ہے۔ ٹیلر ینگ (Taylor Young) اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ چونکہ مضغوں کی جسامت سرخ دموی اقراص سے محض تگنی ہوتی ہے اور یہ فعال طور پر متحرک بھی ہوتے ہیں، اس لئے یہ ممکن ہے کہ یہ معدہ اور امعاء کی دیواروں میں سے مکمل طور پر گذر کر باریطونی تاجیہ میں چلے جاتے ہوں اور یا

اتصالی بافت کے ستونوں کے ساتھ ساتھ چلتے ہوں۔ اور وہ اس نتیجہ پر پہنچا ہے کہ یا تو بعض بافتوں کے لئے اس میں انتخابی الف پائی جاتی ہے اور یا قنفذی حملہ کے خلاف بعض بافتوں میں دوسری بافتوں کی نسبت زیادہ مناعت موجود ہوتی ہے۔

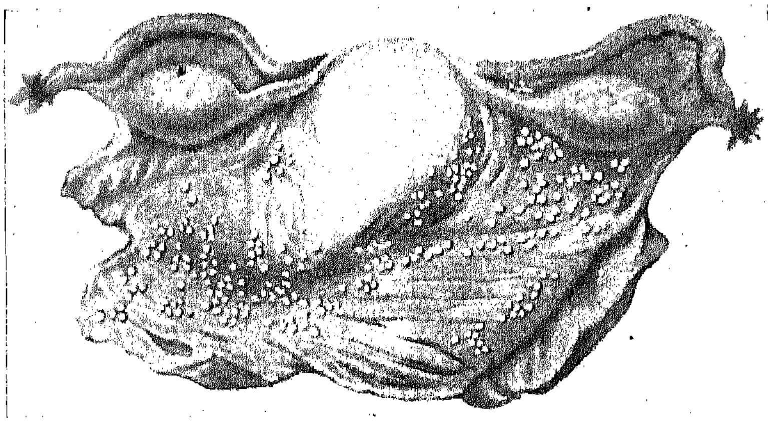
کیسیتی دویرہ (hydatid cyst) ایک واحد دویرہ (monocyst) ہوتا ہے جو ایک مضغہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ ایک گرد دویرہ (pericyst) یا اکتسابی کیسہ سے محصور ہوتا ہے جو میزبان کی طرف سے التہابی تعامل کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ دویرہ کا طفیلی حصہ



شکل ۱۹۴۔ شریطیہ قنفذیہ (Tænia Echinococcus) کے رؤس الشریطہ (scolices) (ٹیلر بینگ اور ویلش)۔

323 بروں دویرہ (ectocyst) اور دروں دویرہ (endocyst) دو تہوں سے مرکب ہوتا ہے اس میں آبی سیال بکثرت پایا جاتا ہے اور اس کی جسامت ایک انچ سے لیکر ایک فٹ سے زیادہ تک ہوتی ہے۔ بروں دویرہ ادمی (cuticular) بیرونی تہ ہوتی ہے جو نیم شفاف ہوتی ہے اور اس میں باریک باریک ورق موجود ہوتے ہیں جو الگ الگ [illegible]

کہ اس کا ایک چھوٹا سا ٹکڑا اس کی شناخت کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ دروں دویرہ یا نبتی تہ طفیلیہ کی جھوی بافت ہے۔ اس سے کئی ایک چھوٹے چھوٹے ابھاروں سے جو حاضن کیسوں (brood-capsules) کے نام سے موسوم ہیں بعض اوقات نہایت کثیر التعداد سر یا رؤس الشریطہ (scolices) پیدا ہو جاتے ہیں جن پر خطیفات پائے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۹۴)۔ جب طفیلیہ تندرست ہوتا ہے تو دویرہ کی دیواریں تنیدہ اور اس کے سیالی مشمولات صاف ہوتے ہیں۔ اور جب یہ ہلاک ہو جاتا ہے تو دیواریں بیٹھ جاتی ہیں اور ان میں خلیاتِ ابیض بکثرت داخل ہو جاتے ہیں جس سے ایک متقیح دویرہ (suppurating cyst) طیار ہو جاتا ہے گو جراثیم موجود نہیں ہوتے۔ کیسینی دویرہ بعض اوقات خشک ہو جاتا ہے اور بعض اوقات



شکل ۱۹۵۔ باریطون پر رؤس الشریطہ (scolices) کی ثانوی تنصیب جو ایک کیسینی دویرہ (hydatid cyst) کے انشقاق کے بعد واقع ہوئی تھی (ٹیلر ینگ اور روبنس)۔

اس میں انحطاط یا تنحجر یا تکلس واقع ہو جاتا ہے۔

ثانوی یا دختری دویرے (daughter cysts) دروں زاد یا بروں زاد تکون سے پیدا ہو جاتے ہیں مگر درمیانی میزبان کے اندر کرم کے دائرہ حیات میں اور کوئی مزید ترقی نہیں ہوتی۔

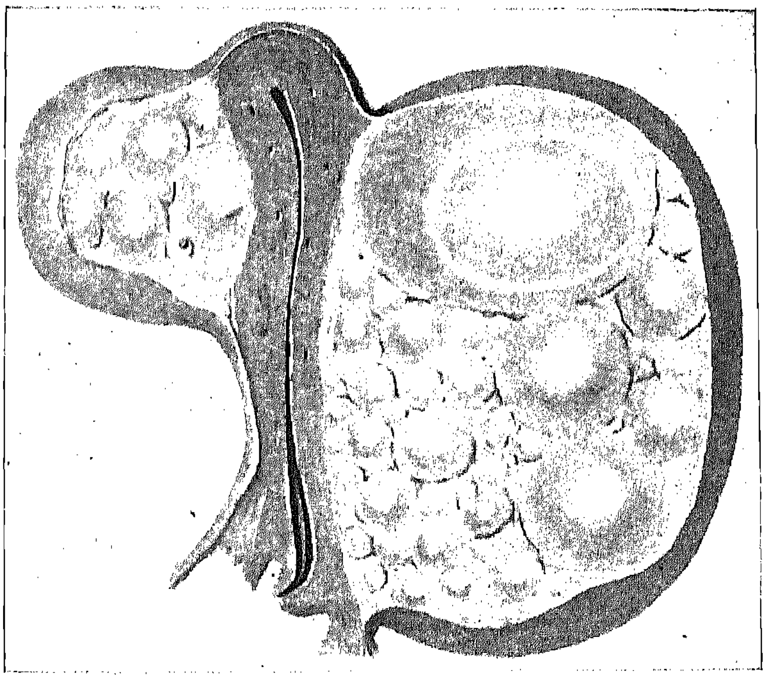
متوطن علاقہ جات ۔ یہ طفیلیہ آسٹریلیا، ارجن ٹائن، آئس لینڈ اور براعظم یورپ کے بعض حصّوں میں متوطن ہے ۔ آئس لینڈ میں مردوں کی نسبت عورتیں زیادہ متاثر ہوتی ہیں، اور ٹیلر ینگ (Taylor Young) کے مطابق آسٹریلیا میں یہ تناسب معکوس ہے ۔ عرڈیبا اس مرض کا وقوع محض اتفاقِ سرائیت پر منحصر ہے ۔

طفیلیہ اور اس کے میزبان کا مابینی تعامل ۔ دودیرہ بند طفیلیہ سے ان اشیا کے باہر نکلنے کا ثبوت موجود ہے جن کی وجہ سے میزبان میں تعاملات کا ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے جو (ا) مناعتی تعاملات (immunity reactions) اور خون میں اجسامِ دافعہ (antibodies) کے ظہور، (۲) انتخابی قسم کے ناہض الابیض تعاملات (leucoblastic reactions)' اور (۳) سمی تعاملات پر مشتمل ہے ۔ یہ تمام تعاملات دودیرہ کے منشق ہو جانے پر اپنی انتہا کو پہنچ جاتے ہیں ۔ مناعتی (پریسیپیٹن) تعامل بعض معینہ حدود کے اندر اس مرض کی تشخیص کرنے کا ایک سائنٹفک کاشف ہے (فلیگ: Fleig اور لسبون Lisbonne:)۔
324 ناہض الابیض تعامل خون میں ایئوسین پسند خلیاتِ ابیض (eosinophil-leucocytes) کی تعداد میں انتخابی اضافہ کے واقع ہونے سے ظاہر ہوتا ہے ۔ سمی تعاملات کی انشقاق کے واقع ہونے کے علاوہ اور کوئی اہمیت نہیں ہوتی اور جب انشقاق واقع ہوتا ہے تو مندرجہ ذیل علامات پیدا ہو سکتی ہیں ۔ (ا) غشیان (syncope) اور شری (urticaria)، (ب) کیسہ کے سیال کے بلاواسطہ تماس سے التہابی اعمال (التہاب باریطون) اور (ج) مزمن سمی اثرات مثلاً لاغری اور عدم دمویت ۔ لہٰذا کیسیتی دودیرے غیر عامل اجسامِ غریبہ نہیں بلکہ ان کو زندہ ساختیں تصور کرنا چاہئے جو میزبان کی بافتوں میں ایک مسلسل تعامل پیدا کرنے کی استعداد رکھتی ہیں ۔

حوض میں محلاتِ مرض کی تقسیم ۔ کہفۂ باریطون میں ابتدائی دودیرہ کے منشق ہو جانے کے بعد حوض کے باریطون پر رؤس الشریطیہ (scolices) کی ثانوی تنصیب اکثر واقع ہو جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۹۵)۔

ابتدائی حوضی کیسے بالعموم ڈگلس کی جیب کے عین نیچے کی اتصالی بافتوں میں پیدا ہوتے ہیں اور یہاں سے پھیل کر یہ رحم، ابیضین، فلوپی نلیوں، مثانہ اور معائے مستقیم سے علاقہ پیدا کر لیتے ہیں ۔ احشائے حوض کا نسج (parenchyma) تنفذیہ (echinococcus)

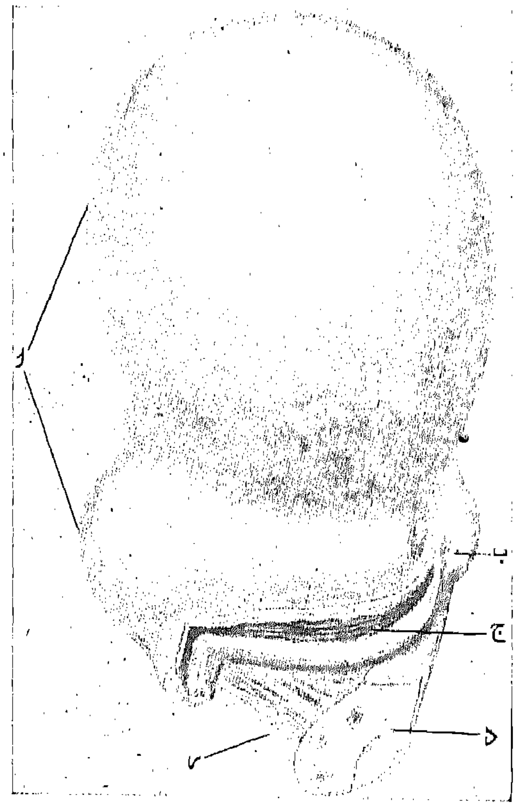
ابتدائی نمو کا شاذ و نادر ہی محل ہوتا ہے۔ مرض کی تقریبًا تمام ایسی حالتیں جن کے متعلق یہ بیان کیا جا چکا ہے کہ یہ مبیض یا فلوپی نلیوں میں پیدا ہوا تھا رباطِ عریض کی ڈمبیلی انفصالی بافت پر حملے ہونے کی مثالیں ہیں (ٹیلر ینگ اور ویلش)۔ جو فدار احشائے جوف پر کے تحت مصلی حملوں سے ان کے درونے انجام کار منثقب ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ فلوپی نلیاں یا کہفۂ رحم بعض اوقات ذختری دویروں سے پُر ہو جاتے ہیں۔



شکل ۱۹۶۔ رحمی عضلہ میں قنفذی دویرہ (Echinococcal Cyst) (ٹیلر ینگ اور ویلش)۔

رحم کے ابتدائی کیسوں (دیکھو شکل ۱۹۶) کا مشاہدہ گائیلز (Giles) اور مولونی (Moloney) نے، فلوپی نلیوں کے ابتدائی کیسوں کا ڈولیرس (Doléris) اور ایڈن 325
(Eden) نے (دیکھو شکل ۱۹۷) اور مبیض کے ابتدائی کیسوں کا بیان (Péan) ٹیلر ینگ (Taylor Young) اور ویلش (Welsh) نے کیا ہے۔ نیز یہ بھی دریافت ہو چکا ہے کہ

کیسے ابتداءً حوضی ہڈیوں پر بھی حملہ آور ہوتے ہیں۔ اور یہ بھی معلوم ہوا ہے کہ جب یہ بیرون باریطونی محلات پر واقع ہوتے ہیں تو وضع حمل میں رکاوٹ پیدا کر دیتے ہیں۔



شکل ۱۰۷۔ فلوپی نلی کا کیسہ بیتی (hydatid) (قنفذی: echinococcal) دویرہ۔
(ا) دویرہ۔ (ب) مسدود شکلی دہنہ۔ (ج) نلی کا درونہ جو کھول دیا گیا ہے۔
(د) بیضہ۔ (س) ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx)۔ دویرہ کا تکون
نلی کی دیوار کے بالائی حصے کی زیر باریطونی خلوی بافت میں ہوا ہے۔

تشخیص۔ قنفذی (echinococcal) حملہ کی تشخیص اسی حالت میں یقینی ہو سکتی ہے جب کہ نوعی مناعتی تعاملات سے جن کی عیاری لحاظ سے معقول طور پر جانچ کر لی گئی ہو۔

مثبت نتیجہ حاصل ہو یا جبکہ خردبین سے امتحان کرنے پر خطیفات (hooklets) مل جائیں۔ جن حالتوں میں طبیعی امارات موثق تو ہوں مگر غیر قاطع ہوں ان میں ایوسین پسند خلیات کی نمایاں کثرت ایک قوی شہادت ہوتی ہے (بلیر بیلنگ اور ویلش)۔

حوض کے کیسینی دویروں (hydatid cysts) کے جو خواص امتحان کرنے پر پائے جاتے ہیں وہ بہت اختلاف پذیر ہیں۔ پتلی دیواروں والے بڑے سے دویرہ کو حوض میں پیدا ہونے والے دیگر عام ترین دویروں میں سے کسی ایک سے تمیز کرنا بعض اوقات ناممکن ہوتا ہے۔ موٹی دیواروں والا کیسینی دویرہ واحد عضلی سلعہ (myoma) یا مسخوطی سلعہ (teratoma) سے مشابہ ہو سکتا ہے، اور متعدد دویروں سے متعدد و تحت مصلی عضلی سلعوں کے امارات پیدا ہو سکتے ہیں (دیکھو شکل ۱۹۶)۔ حملہ کے محل کا سریری طور پر تعین کرنا مشکل ہے اور جو نظام یقینی طور پر معلوم کیا جا سکتا ہے وہ اکثر حوض کا صرف وہی حصہ ہوتا ہے جس میں یہ تودہ واقع ہوتا ہے۔ کسی تودہ کا جگر میں موجود ہونا یا سابقہ عملیہ کی روئداد جو جگر کے کیسیہ (hydatid) کے لئے کیا گیا ہو حوضی ورم کے کیسینی الاصل ہونے کی قوی شہادتیں ہیں۔ اگر دویرہ منشق ہو گیا ہو تو ورم کے دفعتہً غائب ہو جانے کی روئداد موجود ہو گی جس کے ساتھ ممکن ہے کہ مصلی التہاب باریطون، کثرتِ خلیاتِ ایوسین پسند (eosinophilia)، اور سریع الزوال شری (transient urticaria) کے علامات موجود ہوں (بارلنگ :Barling اور ویلش 326
:Welsh)۔

علاج۔ چونکہ کیسینی مرض کے مظاہر میں سے اکیلی حوضی حالت ہی اکثر موجود نہیں ہوتی بلکہ ممکن ہے کہ دیگر ضرراتِ شکم بھی موجود ہوں اس لئے جراح کو ان کا تدارک کرنے کے لئے بھی تیار رہنا چاہیئے، مثلاً ہم میں سے ایک (سی۔ ایل) کے تجربہ میں یہ آیا ہے کہ دویرے ڈایافرام کے پیچھے سے گھس کر اوپر کی طرف اتنی دور تک چلے گئے تھے کہ بائیں بغل تک پہنچ گئے تھے، اور پیچھے کی طرف سلعہ فرشِ حوض کو نیچے کی طرف دبا رہا تھا، اور مہبل میں ابھرا ہوا تھا۔

مرض کیسیہ کا علاج دویرہ یا دویروں کے استیصال پر مشتمل ہے جو حتی الامکان مکمل ہونا چاہیئے، مگر اصابات کی ایک خاص تعداد میں صرف جزوی اخراج ہی کیا جا سکتا ہے اور اکتسابی گرد دویرہ کو عملی علیحدہ چھوڑ دینا پڑتا ہے۔

(۱) دویرہ کا مکمل استیصال۔ رحم، بیضین، نلیوں اور رباطات عریض کے کیسیتی دویروں کا علاج اس طریقہ سے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے۔ سادہ دویروں کا گرد دویرہ پر شگاف دینے سے بیشتر استیصال کرلینا چاہیئے۔

(۲) دویرہ کا جزوی اخراج۔ گرد دویرہ کو کھول کر تمام درول اور بیرول دویرہ کو کھرچ کر باہر نکال دیا جاتا ہے تاکہ طفیلیہ تباہ ہوجائے۔ یہ عملیہ دو طریقوں پر ختم کیا جاتا ہے (ل) گرد دویرہ کے کٹے ہوئے کناروں کو جلد و شکم سے ٹانکے لگا کر جوڑ دیا جاتا ہے اور ایک مسیل گاز داخل کردیا جاتا ہے (کیس سازی marsupialization:) یا (ب) گرد دویرہ کے کٹے ہوئے کناروں کو الٹا کر ٹانکوں کے ذریعہ سے جوڑ دیا جاتا ہے اور اس طرح کہفہ کو بند کردیا جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں نزف بعض اوقات بہت تکلیف دہ ثابت ہوتا ہے، اور اس کو قابو میں لانا مشکل ہوتا ہے۔

بعض اوقات گرد دویرہ میں اس قدر تکلس پیدا ہوجاتا ہے اور یا یہ اتنا موٹا اور لوچدار ہوجاتا ہے کہ اس کے خالی ہونے پر اس کی دیواریں گرتی نہیں۔ ایسی حالت میں اس کی مسیلیت کا انتظام ضروری ہوتا ہے۔ حوضی اصابات میں مسیلیت براستہ مہبل کرنا چاہیئے۔

کیسیتی دویروں کے اخراج کے عملیہ کے دوران میں ان کی جراحی تنضیب کے خطرہ کو ضرور یاد رکھنا چاہیئے۔ زخم کے کناروں کی حفاظت کرنا چاہیئے، اور کناروں اور مختلف درول شکمی ساختوں کو گاز کی گدیوں سے محفوظ رکھنا چاہیئے۔

(۲) دیدانِ سلکیہ (Nematode Worms)۔ اس قسم کے طفیلیوں میں سے جو زیریں تناسلی خطہ میں سرائت پیدا کرتے ہیں اہم ترین دودا لخل (Oxyuris vermicularis) ہے۔ یہ "سوتی کیڑا" ("thread worm") (چرنا) بچوں کی معائے کبیر میں اکثر پایا جاتا ہے، اور اس کا انکشاف فرج اور مہبل میں بھی کیا گیا ہے جہاں یہ فرجی مہبلی التہاب پیدا کر دیتا ہے جو سرسری طور پر سوزاکی سرائت کے مشابہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات بچوں میں التہاب فرج اور التہاب مہبل کی طفیلی نوعیت کا ثابت کرنا مشکل ہوتا ہے، لیکن ایسے اصابات میں جن میں بنفۂ سوزاک کا مظاہرہ نہ کیا جاسکے دودالخل کو احتیاط سے تلاش کرنا چاہیئے۔ امعاء کو کواشیا کے نقوع (infusion of quassia) سے صاف کردینا چاہیئے۔ ساتھ ہی التہاب مہبل کے علاج کے لئے بھی کسی خفیف سے دافع عفونت مثلاً ۱ تا ۲ فی صدی

"ڈٹال" ("Dettol") یا سلن کے محلول (cyllin-solution) سے مہبل کو دھونا چاہیئے۔ التہاب مثانہ کا علاج مثانہ کو پروٹارجن کے محلول (protargen-solution) (ا فی صدی) سے دھونے سے کرنا چاہیئے۔ طفیلی الاصل حلیمی بالیدوں کو دور کر دینا چاہیئے۔

یہ بھی معلوم ہو چکا ہے کہ سوتی کیڑے شاذ و نادر موقعوں پر رحم اور قلوپی نلیوں میں بھی داخل ہو جاتے ہیں، اور بالائی تناسلی خطہ میں خطرناک التہاب پیدا کر دیتے ہیں۔

دوسرا دودہ سلکیہ (nematode worm) جو گاہے گاہے مہبل میں داخل ہو جاتا ہے "دودہ مستدیرہ" ("round worm") یا خراطین صفار (ascaris lumbricoides) ہے۔ اگر مستقیمی مہبلی ناسور موجود ہو تو اس کو مہبل میں داخل ہونے میں قدرتی طور پر مدد مل جاتی ہے۔

(۳) دیدان متثقبہ (Trematode Worms)۔ خون باشس بلہارزیہ (Distoma hæmatobium) یا خون باش دودہ بنہ (Bilharzia hæmatobia) عورتوں میں آدمیوں کی نسبت کم کثرت سے پایا جاتا ہے۔ گندہ پانی کے مقامی تماس سے سرائت کا امکان بڑھ جاتا ہے، اور چند اصابتوں میں اس سے فرج کے ضررات پیدا ہو چکے ہیں جو 327
زہراوی مسوں (venereal warts) (نوکدار فلطاحی سلعات (condylomata acuminata: کے مشابہ ہوتے ہیں۔ ایسی مثالوں میں اس کرم کے بیضے مہبل کے زیر مخاطیہ (submucosa) میں پائے گئے ہیں۔ یہ بھی دریافت ہو چکا ہے کہ بلہارزیہ (bilharzia) عنق رحم میں ایک حلیمی حالت پیدا کر دیتا ہے جو سرطانی سلعہ کے مشابہ ہوتی ہے۔

(۴) مہبل کی تخزیوانی سرائتیں (Protozooal Vaginal Infections)۔

شعری ثنائیہ مہبلی (Trichomonas Vaginalis)۔ اول اول اہم۔ اسے ڈونی (M. A. Donné) نے ۱۸۳۶ء میں یہ اطلاع بہم پہنچائی کہ مہبل کے ترشئی افراز میں گاہے گاہے ایک سوط دار تخزیوان (flagellated protozoon) موجود ہوتا ہے جس کو اس نے "شعری ثنائیہ مہبلی" ("Trico-Monas Vaginale") سے موسوم کیا ہے۔ کئی سال تک اس کو بے ضرر طفیلیہ سمجھا گیا، لیکن حال ہی میں اس کے متعلق از سر نو دلچسپی پیدا ہو گئی ہے، کیونکہ کئی ایک مشاہدین نے اب یہ دعویٰ کیا ہے کہ یہ طفیلیہ یقیناً ممرض ہے، اور اس سے ایک بہت دشوار علاج مزمن التہاب مہبل پیدا ہوتا ہے۔ گذشتہ دس سال میں

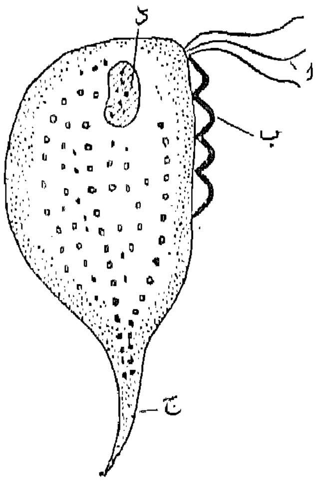
شعری تعالیبی التہابِ مہبل (trichomonad vaginitis) کے متعلق یورپ اور امریکہ کے مشاہدین کی طرف سے بہت سی معلومات شائع ہوئی ہیں، اور اس امر کے متعلق ثبوت جمع ہو رہے ہیں کہ اس طفیلیہ کے جس کثرت سے پائے جانے کے متعلق جو خیال پہلے عام طور پر کیا جاتا تھا اسکی نسبت یہ زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔

اگرچہ شعری تعالیبے (trichomonads) انسان اور ادنیٰ حیوانات کے منہ، امعاء اور گاہے گاہے ان کے بولی خطہ میں بھی پائے جاتے ہیں لیکن وہ نخزیوان جو انسانی مہبل میں پایا جاتا ہے نوعی ہے۔ یہ دوکی الشکل یا ناشپاتی نما عضو یہ ہے جس کے مقدم سرے پر آزاد سوط ہوتے ہیں، اور ایک موجی غشا (undulating membrane) ہوتی ہے جو وسطِ جسم کے قریب تک پہنچتی ہے۔ نیز ایک نوکدار زائدہ ہوتا ہے جو محور عماد (axostyle) کہلاتا ہے اور پیچھے کی طرف نکلا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۹۸ اور ۱۹۹)۔ اس کا اوسط طول ۰.۰۱۵ تا ۰.۰۲۵ ملی میٹر اور اوسط عرض ۰.۰۰۷ تا ۰.۰۱۲ ملی میٹر ہوتا ہے۔ شعری تعالیبے فعّال طور پر متحرک ہوتے ہیں، اور جب ان کا تازہ "قطرہ آویزاں" تجہیز میں مشاہدہ کیا جاتا ہے تو یہ اپنے طویل محور پر گردش کرتے ہوئے اور آگے کی طرف جھٹکوں کے ساتھ حرکت کرتے ہوئے، اور بالکل قریب کے خلیات اور خلوی فواصل میں گھستے ہوئے دکھائی دیتے ہیں (دیکھو شکل ۱۹۹)۔ جب یہ نخزیوان ہلاک ہو جاتا ہے تو اسکی شکل گول ہو جاتی ہے، اور اس کا ممیز منظر باقی نہیں رہتا، اور اس کو رمی خلیات سے بآسانی تمیز نہیں کیا جاسکتا۔ لینچ (Lynch) نے گوشت گاؤ کی یخنی (beef-broth) کو بطور وسیط استعمال کرنے سے اس کی کامیابی سے کاشت کی ہے، مگر جے۔ ایم اینڈریوز (J.M. Andrews) نے زیادہ بہتر نتائج حاصل کرنے کا دعویٰ کیا ہے۔ اس نے لوفلر کا مصل خون (Löffler's blood-serum) استعمال کیا تھا جس کو سٹریٹ آمیختہ محلولِ نمک سے مرقق کرلیا تھا اور اس میں انڈے کی البیومن کے ایک شائبہ کا اضافہ کر دیا تھا۔

شعری تعالیبی التہابِ مہبل (Trichomonad Vaginitis)-

کلیگ مین (Kleegman)، ایم۔ این۔ اینڈریوز (M.N. Andrews)، گرین ہل (Greenhill) اور دوسروں نے حال ہی میں ایک التہابِ مہبل کے سریری خواص کا ذکر کیا ہے جس کو شعری تعالیبی سرائت کے ساتھ منسوب کیا جاتا ہے۔ اس کی نمایاں ترین علامت ایک بدبودار اور خراش آور سیلانِ ابیض ہے جسکے ساتھ حکۃ الفرج (pruritis vulvæ) بھی

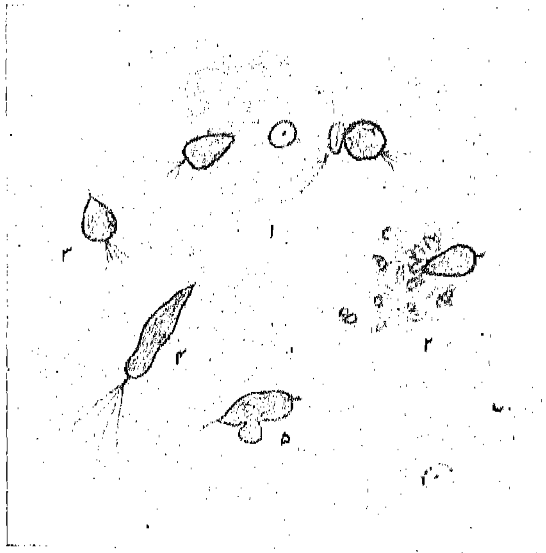
اکثر موجود ہوتا ہے۔ جماع مولم (dyspareunia) کی شکایت بالعموم پائی جاتی ہے، لیکن بولی علامات کم دیکھنے میں آتے ہیں۔ حاد التہابِ فرج اکثر موجود ہوتا ہے اور شفرتین کے درمیان ایک "کف دار" سفید اور ریمی مواد پایا جاتا ہے اور رانوں کی اندرونی جانب پہ التہابِ جلد (dermatitis) موجود ہوتا ہے۔ مہبل کے مخاطیہ کا منظر "اسٹابری" کا سا ہوتا ہے اور چھونے پر اس سے خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ گاہے گاہے عنق پر ایک خارج المرکز تآکل پایا جاتا ہے، لیکن قنالِ عنق ماؤف نہیں ہوتی (کلینک مین)۔ مذکورہ سریری خاکہ کو جو قریبی مشابہت التہابِ مہبل کی سوزاکی اور دوسری قسموں کے ساتھ ہے اس کو ان اسابات میں یاد رکھنا چاہیے جن میں تبقاتِ سوزاک کے موجود ہونے کا شبہ ہو مگر ان کا مظاہرہ نہ کیا جا سکتا ہو۔



شکل ۱۰۹۔ شعری ثعالبیۂ مہبلی (Trichomonas Vaginalis) جس کی بہت تکبیر کی گئی ہے۔ (ا) سوط۔ (ب) موجی غشا۔ (ج) محور عماد (axostyle) (د) نواتیں جس ایں نوبتے ہیں۔

علاج ۔ شعری ثعالیوں (trichomonads) سے پیدا شدہ التہاب کا علاج کچھ ناقابلِ اطمینان ہے۔ فوری فائدہ آسانی سے ہو جاتا ہے لیکن مرض اکثر بار بار عود کرتا ہے۔ ایک اہم ترین معالجاتی تدبیر یہ ہے کہ ابتدا میں (بعد میں خواہ کوئی علاج اختیار کیا جائے) مہبلی اور فرجی مخاطیہ اور عجانی جلد پہ ایتھیریئل گرین سوپ لینیمنٹ (ethereal green-soap liniment) مل دیا جاتا ہے۔ 328
اس کے بعد اس رقبہ کو خشک کر لیا جاتا ہے اور اس پہ ہیکسل ریسارسینول (hexylresorcinol)، یا پائیرو لیگنیئس ایسڈ (piroligneous acid) یا مرکیورو کروم (mercurocrome) یا سلور نائٹریٹ (silver nitrate) (۲ فیصدی) لگا دیا جاتا ہے۔ امریکہ کے بعض مصنفین لیسار کے پیسٹ (Lassar's Paste) کی تعریف کرتے میں لیکن چیسر مائر (Chassar Moir) نے

حال ہی میں مہبل میں روزانہ پکرک ایسڈ (picric acid) کے ۱فی صدی محلول کا جو ایک حصہ سپرٹ اور تین حصہ پانی میں طیار کیا گیا ہو، طلا کرنے سے زیادہ قابل اطمینان نتائج حاصل کیے ہیں۔ یہ علاج دو ہفتہ تک جاری رکھا جاتا ہے، اور اس کے بعد لیکٹک ایسڈ



شکل ۱۹۹۔ شعری تعالیۂ مہبلی (Trichomonas Vaginalis) ڈونی (Donné) جیسا کہ یہ تر تجہیز میں دکھائی دیتا ہے۔ ۱۔ وہ عضویے جن کو ایک سرحلمی خلیہ نے پکڑ لیا ہے۔ ۲۔ یہی خلیات کے مجمع میں ایک عضویہ۔ ۳۔ ناشپاتی نما عضویہ (یہ مثالی شکل ہے)۔ ۴۔ سلیپر کی شکل کا عضویہ جو ایسی حالت میں دیکھنے میں آتا ہے جبکہ علاج نہ ہوا ہو۔ ۵۔ پائے کا ذب کا تکون جو اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ شعری تعالیئے صرف اپنی ممیز حرکت ہی کی وجہ سے شناخت کیے جاتے ہیں، کیونکہ جب یہ ہلاک ہو جاتے ہیں تو ان کو رحمی خلیات سے تمیز کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ (From "Surgery, Gynæcology and Obstetrics.")

(lactic acid) کے ۱فی صدی محلول سے روزانہ نطول کیا جاتا ہے۔ اس مرض کے علاج کے لئے

مختلف محققین نے جن معالجاتی عوامل کی تعریف کی ہے اُن کا تنوع اس امر کا بین ثبوت ہے کہ اس عضویہ کی سرائت کا استیصال وقت طلب ہے۔ کلیگ مین نے یہ رائے ظاہر کی ہے کہ مریضہ کو اس وقت تک شفایاب تصور نہیں کرنا چاہئیے جب تک کہ وہ ہر قسم کا علاج موقوف کر دینے کے چار ماہ بعد بھی عضویات اور علامات سے مبرا نہ پائی جائے۔

ایک اور نخز یوان (protozoon) ہے جس کا اندراج جاپان میں کیا گیا ہے، یہ بولی تناسلی امیبا (Amœba Urogenitalis) ہے۔ اور گاہے گاہے یہ دوسرے ممالک میں بھی پایا جاتا ہے۔ یہ بھٹکتا ہوا مہبل سے مثانہ میں چلا جاتا ہے، اور ان صورتِ حالات میں تاثیر (tenesmus) اور دم بولیت (hæmaturia) پیدا کر دیتا ہے۔

بولی خطہ کی سرائتیں 329

التہابِ مثانہ

(CYSTITIS)

بحثِ اسباب۔ التہابِ مثانہ کے اسباب (ا) معدّہ اور (ب) فعّال ہیں۔ مثانہ عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ آسانی سے سرائت زدہ ہو جاتا ہے۔

(ا) اسبابِ معدّہ یہ ہیں۔ آلات (قاساطیر) کا ادخال، مثانہ میں اجسامِ غریبہ مثلاً پتھری یا بالوں کے پن وغیرہ کا وجود، مثانہ کی نو بالیدیں، احتباسِ بول جو خلل سے پیدا ہوا ہو اور یہ یا پس گردہ حامل رحم یا کسی حوضی سلعہ سے پیدا شدہ تسدد سے واقع ہوا ہو، سردی لگ جانا، اور بالآخر نسریہ مثلاً وہ تضرر جو عملیہ کے دوران میں پہنچا ہو، یا حوض کا کسر۔

(ب) فعّال اسباب جراثیم ہیں جو مثانہ میں (۱) مبال، (۲) قرب وجوار کے اعضا، اور (۳) جوئے خون کے ذریعہ سے پہنچتے ہیں۔ مبالی یا صعودی سرائت کی مثالیں مندرجۂ ذیل ہیں۔ (ا) قاساطیر کے داخل کرنے کے دوران میں بلاواسطہ سرائت، (ب) جراثیم جو خطۂ مبرز سے مبالی دہنہ تک منتقل ہو جاتے ہیں (عصیۂ قولون: B. coli)، (ج) مبال کی بلاواسطہ سرائت جو سوزاک میں واقع ہوتی ہے۔ سرائتِ مثانہ کے لئے عام ترین راستہ مبال ہے۔ قرب وجوار کے اعضا سے سرائت پہنچنے کی مثالیں یہ ہیں (ا) ناسوری فتحات جو

معائے مستقیم یا قولون، رحم، اور حبل سے متعلق ہوں، اور شاذ طور پر ثاقب درول رحمی بیضی دوبیہ[1]۔
(ب) معائے مستقیم یا حوضی خلوی بافت سے عروق لمف کے ذریعہ سے توسیع (نزد رحمی التہاب :parametritis)۔ (ج) باریطون سے بلا واسطہ سرائت (حوضی التہاب یا باریطون)۔
(د) حالب اور گردہ سے بلا واسطہ سرائت۔ موخر الذکر کو نزولی سرائت کہا جاتا ہے۔ سرائت پیدا کرنے والے عضویہ کی قسم کو سرائت کے راستہ کو متعین کرنے میں بہت دخل حاصل ہے۔ نبقاتِ عنبیہ (staphylococci) مثانہ کو مبال میں سے اوپر چڑھکر سرائت زدہ کرتے ہیں۔ عورت میں مثانہ کے بیشتر تدریجی ضرراتت ایسے گردہ سے پیشاب کے خارج ہونے سے رونما ہوتے ہیں جو جوئے خون کے ذریعہ سے سرائت زدہ ہوگیا ہو۔ قولونی عصیہ (colon bacillus) مبال میں سے اوپر چڑھنے سے مثانی اور کلوی ہر دو سرائتیں پیدا کر سکتا ہے، اور یا یہ پہلے بذریعہ خون گردہ کو سرائت زدہ بنا دیتا ہے جس سے التہابِ حوضِ گردہ (pyelitis) پیدا ہو جاتا ہے، اور پھر مثانہ کی طرف اتر آتا ہے۔ ریم زا نبقات (cocci) اور کثیر الاشکال گروہ (proteus group) پر بھی یہی صادق آتا ہے۔ سرائت کے ان دو بڑے صعودی اور نزولی راستوں کا اضافی تواتر معلوم نہیں، لیکن اس امر میں کوئی شبہ نہیں کہ مزاولتِ دار الشفا میں صعودی سرائت زیادہ عام ہے۔ یہ ایک عام مشاہدہ ہے کہ التہابِ مثانہ کے تقریباً تمام اصابات جو وارڈوں میں دیکھنے میں آتے ہیں پس عملیتی ہوتے ہیں، اور ان میں مرض بار بار قاساطیر گزارنے سے پیدا ہوتا ہے۔

وہ اہم ترین عضویے جو بولی گزرگاہوں میں سرائت پیدا کرتے ہیں یہ ہیں: عصیہ قولون (colon bacillus)، عصیہ محرقہ (typhoid bacillus)، نبقۂ عنبیہ ذہبی (staphylococcus aureus)، نبقۂ عنبیہ ابیض (staphylococcus albus)، نبقۂ سبحیہ (streptococcus)، نبقۂ سوزاک (gonococcus)، عصیہ کثیر الاشکال (bacillus proteus)، عصیۂ تدرن (bacillus tuberculosus)، عصیہ ریم ازرق (bacillus pyocyaneus)، بلہارزیہ (bilharzia)۔ ان میں سے عام ترین عمومی قولونی عصیہ (bacillus coli communis) ہے اور اس کے بعد جو عصیہ سب سے زیادہ

---

[1] Keene: *Amer. Journ. Obst. and Gyn.*, vol. x. 1925, p. 619.

کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے وہ عصیۂ تدرن ہے (ای۔ شا :E. Shaw)۔ وہ عام امتزاجات جن سے مخلوط سرائتیں پیدا ہوتی ہیں (ا) عصیۂ قولون اور نبقاتِ عنقبیہ (ب) عصیۂ قولون اور نبقاتِ سبحیہ (ج) عصیۂ قولون، نبقاتِ عنقبیہ اور نبقاتِ سبحیہ ہیں۔ دوسرا عام امتزاج عصیۂ تدرن (bacillus tuberculosus) اور نبقاتِ عنقبیہ کا ہے۔ مخلوط سرائتوں کا عام طور پر یہ مطلب ہوتا ہے کہ ثانوی عضویہ بذریعۂ آلات پہنچا ہے۔

عصیاتِ تدرن اور نبقاتِ سوزاک کی شناخت ان فلموں کی تلوین سے کیجاتی ہے جو ممخوض مطروح (centrifugalized deposit) سے طیار کیجاتی ہیں۔ دوسرے عضویوں کی شناخت کے لیے کاشتی طریقوں سے کام لیا جاتا ہے۔ عضویہ کی مرضیت کا اندازہ بعض اوقات حیوانات میں تلقیحات کرنے سے کیا جاتا ہے، جیسا کہ تدرن میں۔

یہ امر بالعموم متفقہ طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ التہابِ مثانہ کی پیدائش کے لئے دو اسباب 330
کا وجود لازم ہے۔ یعنی ایک ساری عضویہ کا، اور دوسرے تضرر کا جو خواہ حقیقی ضربہ کی شکل میں ہو یا ناقص قوتِ مدافعت کی شکل میں پایا جائے۔ اکیلے خرد عضویئے التہابِ مثانہ پیدا نہیں کرسکتے، اور یہ امر مثانہ میں جراثیم کی بڑی بڑی مقداروں کا اشراب کرنے سے جس سے اسے کوئی تضرر نہیں پہنچا ثابت کیا جاچکا ہے۔ مزید براں التہابِ مثانہ کلوی سرائت کے ساتھ ہرگز ہمیشہ نہیں پایا جاتا۔ اسی طرح اکیلے ضربہ سے جو دورانِ ولادت میں یا آلاتِ جراحی سے پیدا ہو التہابِ مثانہ ہرگز پیدا نہیں ہوگا، لیکن اگر ضربہ شدید یا متکرر الوقوع ہو تو عضویئے امعاء یا مبال سے اور تیز دورانِ خون سے بھی آکر زود یا بدیر اپنا مسکن تلاش کرلینگے، اور عمل سرائت شروع کردینگے۔ لہذا یہی وجہ ہے کہ بار بار قاساطیر گزارنے سے التہابِ مثانہ بہت کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔ التہابِ مثانہ کا سبب مستعدہ ہونے کی حیثیت سے ضربہ میں جو اثر ہے، وہ سب سے بین کسے مشاہدہ میں اس وقت آتا ہے جبکہ وہ رحم برآری کا عملیہ (جو بالخصوص سرطان کیلئے ہو) سر انجام دیتا ہے۔ جن حالتوں میں مثانہ کو سرطان زدہ عنق سے بذریعہ تقطیع علیحدہ کرنے میں دقت پیش آئی ہو ان میں اس عضو کا قاعدہ کوفتہ اور انصباب خون سے دریختہ ہوجاتا ہے، اور یہ اکثر اوقات دیکھا گیا ہے کہ صرف چند ہی مرتبہ قاساطیر گزارنے کے بعد شدید التہابِ مثانہ پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ عضویوں کے داخل ہونے کے راستوں میں سے صعودی راستہ سب سے زیادہ اہم ہے۔

التہاب مثانہ کے جملہ اصابات میں ایک مفصل جرثومیاتی امتحان کرنا چاہئے (بالخصوص جبکہ سرائت علاج سے فوراً اثر پذیر نہ ہو) کیونکہ ساری عضویہ کی شناخت کرنے سے یہ پتہ چل جاتا ہے کہ خودزاد جدرین (autogenous vaccine) سے علاج کرنا مناسب ہے یا نہیں۔

امراضیات - حاد التہاب مثانہ کے مناظر کا مطالعہ مثانہ بینی (cystoscopy) کے ذریعہ سے کیا جاچکا ہے۔ تمام مخاطیہ سرخ اور متورم ہوتا ہے، شاخدار متسع عروق نمایاں ہوتے ہیں، اور بعض اوقات کدمات (ecchymoses) بھی دکھائی دیتے ہیں۔ ضرر سرحلمہ سے شروع ہوتا ہے اور تحت مخاطیہ تک پہنچ جاتا ہے، لیکن عضلہ اور گرد مثانی بافتیں ماؤف نہیں ہوتیں۔ خردبین سے امتحان کرنے پر عروقِ خون متسع دکھائی دیتے ہیں اور مخاطیہ کی بافتیں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیوں (polymorphonuclear leucocytes) سے اور شاذ مصلی خلیوں سے بھی دریخستہ ہوتی ہیں۔ بعدازیں عروقِ خون میں تکاثر واقع ہوتا ہوا نظر آتا ہے، اور سفید کروں کے تجمع ہوجانے سے ایسے مراکز بن جاتے ہیں جن سے چھوٹے چھوٹے خراج بن جاتے ہیں۔ ان تغیرات کے باوجود مخاطیہ تحت مخاطیہ سے شاذونادر ہی منفصم ہوتا ہے۔ حاد التہاب مثانہ میں بہت کم سرحلمہ ضائع ہوتا ہے، اور خاصکر عضلی بیشیں پرورش کبھی واقع نہیں ہوتی۔

مزمن التہاب مثانہ کے ضررات میں ایک نمایاں تنوع پایا جاتا ہے۔ اُن معمولی تغیرات کے علاوہ جو مخاطیہ کے مزمن التہاب میں پائے جاتے ہیں عضلی طبقات میں بہت دبازت واقع ہوجاتی ہے، اور نمایاں سلوٹیں پیدا ہوجاتی ہیں۔ ہزالی التہاب مثانہ (tabetic cystitis) میں مثانہ متمدد ہوجاتا ہے لیکن مزمن التہاب مثانہ کی غیر پیچیدہ حالتوں میں مثانہ کی گنجائش کم ہوجاتی ہے۔ اسکی تمام دیوار دبیز ہوتی ہے اور مخاطیہ سلیٹی رنگت کا ہوتا ہے، اور اس پر کہیں کہیں سرخ نشانات پائے جاتے ہیں۔ اس کی سطح ہموار اور مخملین ہونے کی بجائے جرمی اور دانہ دار ہوجاتی ہے۔ اس میں موٹے موٹے شکن پیدا ہوجاتے ہیں، اور اس پر قروح اور ایکی بآفت کے رقبہ جات دکھائی دیتے ہیں۔ بعض اوقات بیاضی سطحیت کے قطعات (leucoplakic patches) بھی موجود ہوتے ہیں، اور سلوٹوں کے درمیان حقیقی دوپرے بھی بن جاتے ہیں۔

اگر خردبین سے دیکھا جائے تو سطحی سرحلمہ کا کچھ حصہ غائب ہوتا ہے، اور کثیر الاشکال نواتی سفید خلیے اور مصلی خلیے بافراط پائے جاتے ہیں۔ عضلہ کے بہت سے حصہ کی بجائے لیفی بافت پیدا ہوجاتی ہے اور گرد مثانی بافتوں میں لیفی شحم سلعی (fibrolipomatous) تغیر نمودار

ہوجاتا ہے جس سے اس عضو کی دیوار بہت موٹی ہوجاتی ہے۔ بیاضی سطحیتی رقبہ میں قرنی سرحلمہ کی بہت سی نہیں دکھائی دیتی ہیں جو ندلی بافت کے اوپر واقع ہوتی ہیں۔ مزمن النہابِ مثانہ میں سرحلمہ کی روش عجیب ہوتی ہے۔ یہ تحت مخاطیہ میں برزخی سرحلمہ کے ٹھوس غنچوں کی شکل میں گھس جاتا ہے۔ یہ غنچے مراکز پر منکسر ہوجاتے ہیں اور چھوٹے چھوٹے دویروں کی شکل میں 331
تبدیل ہوجاتے ہیں جن کی جسامت ایپین کے سر سے لیکر مٹر کے دانہ تک ہوتی ہے۔ ان دویروں کی شکستگی سے چھوٹی چھوٹی جیبیں بن جاتی ہیں جن میں فاسفورسی مطروحات جمع ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات اس کے بعد وسیع تقرح پیدا ہوجاتا ہے، اور مزید تجلیب (incrustation) واقع ہوجاتا ہے جس سے نام نہاد "تحتی متحجرہ دار مثانہ" (stalagmite bladder) بنجاتا ہے۔ مزمن النہابِ مثانہ میں مخالی سرحلمہ میں ایک اور امراضیاتی خاصہ پایا جاتا ہے جو بہت نمایاں ہوتا ہے، اور وہ یہ ہے کہ اس میں کاذب غدد (pseudo-glands) بن جاتے ہیں جو امعاء کے جرابات لیبرکوہن (Lieberkuhn's follicles) کے متشابہ ہوتے ہیں۔ رشا خدار غدد کے تکون کا عمل اس عمل کے متشابہ ہے جو مزمن النہابِ انبوبہ میں قلوپی نلی کی عضلی دیوار میں دیکھا جاتا ہے خاصکر جبکہ یہ النہاب تدرنی ہو (دیکھو شکل ۱۸۹ صفحہ 815)۔ مزید برآں یہ عمل اس اکتسابی ناکل کے تکون کے دوران میں بھی دیکھا گیا ہے جو النہابِ عنق کے بعد رونما ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 425)۔ دیوارہائے مثانہ میں اس قسم کے غدی تکون کی اہمیت یہ ہے کہ ان کاذ جرابات میں سرطان کے نمو پانے کا احتمال ہوتا ہے، اور ان کی موجودگی سے مثانہ کے غدی سرطان کے وقوع کی معقول توجیہ ہوتی ہے۔

علامات۔ النہابِ مثانہ کے امتیازی علامات تواترِ تبول کی زیادتی، درد، عسر البول، مقامی الیمیت، شکم کے حصۂ زیریں میں دباؤ کا احساس یا حرقی احساس اور کدورتِ بول ہیں۔

حاد النہابِ مثانہ کی ابتداء تپ کے ایک شدید حملہ سے ہوتی ہے۔ شدید ترین اصابات میں ممکن ہے کہ قشعریرہ بھی ہوجائے۔ تپش ۱۰۱° یا ۱۰۲° یا ۱۰۳° ف تک بڑھ جاتی ہے اور مریضہ اپنے آپ کو بہت علیل محسوس کرتی ہے۔ اور زیر معدہ میں ایک شدید قصری درد (forcing pain) کی شکایت کرتی ہے جو پھیل کر کمر تک جاتا ہے۔ درد کے ساتھ نیز مقعدی ارتعاش یا الیمیت بھی پائی جاتی۔ مثانہ کی خراش پذیری جلد ہی بہت تکلیف دہ

ہو جاتی ہے' اور پیشاب تھوڑی تھوڑی مقدار میں آتا ہے اور اس کے ساتھ تشنجی قسم کا شدید درد بھی پایا جاتا ہے (ضیق البول :strangury)۔ دن رات یہی حالت رہتی ہے' اور مریضہ سو نہیں سکتی۔ نبض دفعتہً تیز ہو جاتی ہے' اور ارتفاعِ تپش جاری رہتا ہے۔ مناسب علاج سے شدید علامات بتدریج زائل ہو جاتے ہیں' لیکن تپ کے اتر جانے کے بعد پیشاب بعض اوقات ایک طویل عرصہ تک درد سے اور بار بار آتا رہتا ہے۔ التہابِ مثانہ کے حاد درجہ میں پیشاب ریمی اور سرحلمی خلیوں اور خون کے جسیموں کے موجود ہونے سے مکدر ہو جاتا ہے۔ موخر الذکر بعض اوقات اتنی تعداد میں موجود ہوتے ہیں کہ یا تو پیشاب دھنبلا ہو جاتا ہے' اور یا یہ مطروح میں سرخ حلقہ کی شکل میں بیٹھ جاتے ہیں' جو اس حالت میں بن جاتا ہے جبکہ پیشاب کو مخروطی شیشہ میں پڑا رہنے دیا جائے۔ نسوانی التہابِ مثانہ کے اکثر اصابات میں پیشاب کا تعامل ترشئی یا تعدیلی ہوتا ہے۔ قلوی امونیائی التہابِ مثانہ عورتوں میں صرف اس وقت دیکھنے میں آتا ہے جبکہ مہبلیہ میں کسی وجہ سے اغشاث پیدا ہو گیا ہو۔ البیومن کی مقدار پیپ اور خون کی موجود مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ اگر حاد علامات کے زائل ہو جانے کے بعد بھی پیپ کا کوئی بڑا اشائبہ باقی رہ جائے تو یہ گردہ کے ماؤف ہو جانے پر دلالت کرتا ہے۔ حاد التہابِ مثانہ میں شمارِ خون طبعی ہوتا ہے' یعنی کثرتِ خلیاتِ ابیض (leucocytosis) نہیں پائی جاتی۔

حاد التہابِ مثانہ سے پوری طرح شفا بھی ہو سکتی ہے' اور یہ مزمن شکل میں بھی تبدیل ہو سکتا ہے۔ حاد التہابِ مثانہ اس لئے خطرناک ہوتا ہے کہ (ا) اس سے مکمل شفا بمشکل حاصل ہوتی ہے' اور (ب) حالبین کے ساتھ ساتھ صعودی سرایت کے گردوں تک پہنچ جانے کا بھی خطرہ ہوتا ہے۔ موخر الذکر خوش قسمتی سے حاد التہابِ مثانہ کی بہت قلیل الوقوع پیچیدگی ہے۔

جب التہابِ مثانہ مزمن درجہ میں پہنچ جاتا ہے تو تواترِ تبول کی زیادتی کے علاوہ جملہ علامات رفع ہو جاتے ہیں' اور بعض اوقات یہ علامت بھی غائب ہو جاتی ہے لیکن یہ ممکن ہے کہ علامات کے زائل ہو جانے کے بہت دیر بعد بھی عضویے پیشاب میں بکثرت موجود ہوں۔ حال ہی میں ایک مریضہ شفاخانہ میں بارہ ہفتہ تک ہمارے زیرِ نگرانی رہی۔ اس کے اپنے آپ کو بالکل تندرست محسوس کرنے کے دو ماہ بعد اس کے پیشاب سے عمومی قولونی عصیہ (bacillus coli communis) کی ایک مفرط کاشت حاصل کی گئی' درآں حالیکہ اس کا علاج ادویہ

آبیاری' اور خودزاد جدید ہنوں سے باقاعدہ طور پر کیا گیا تھا۔

سخت الحاد التہاب مثانہ میں تبوّل کا تواتر گو عموماً کم ہوتا ہے لیکن پھر بھی نمایاں ہوتا ہے۔ اور بعض حالتوں میں رات کے وقت یہ درحقیقت اس قدر تکلیف دہ ہوتا ہے کہ بیخوابی کی وجہ سے مریضہ کی قوت تحلیل ہو جاتی ہے۔ شدید ترین اصابات میں مثانہ میں ایک مستقل تشنجی حالت واقع ہو جاتی ہے جس سے پیشاب قطرہ قطرہ ٹپکتا رہتا ہے۔ یہ حالت ابتدا میں سلس البول کی سادہ قسموں سے الگ شناخت نہیں کی جا سکتی۔ ابتدائے مرض میں بعض اوقات پیپ کی مقدار کم ہوتی ہے' اور یہ درحقیقت اتنی کم ہوتی ہے کہ چوبیس گھنٹہ کے نمونہ میں یہ صرف مخوض مطروح ہی میں پائی جا سکتی ہے۔ سلسلۂ مرض کے جاری رہنے کے ساتھ ساتھ پیپ بڑھتی جاتی ہے حتیٰ کہ پیپ' مخاط' اور سرطلمی فواضل کا ایک بھاری مطروح بننا شروع ہو جاتا ہے۔

تشخیص۔ حاد التہابِ مثانہ حمل اور زمانۂ نفاس میں' عملیوں کے بعد' اور حاد سوزاکی سرائت کے مریضوں میں دیکھنے میں آتا ہے۔ جب زمانۂ نفاس میں یا کسی عملیہ کے بعد فاسالطیر کے گزارنے کے بعد شدید علامات رونما ہوں تو ملتہبِ مثانہ کی تشخیص مشکل نہیں ہوتی۔ مقامی درد اور الیمیت' تواتر تبوّل کی زیادتی اور اس کے ساتھ درد کا احساس اور پیشاب کے متغیر خواص التہابِ مثانہ کے صریح دلائل ہیں۔ سوزاکی سرائت میں متورم منفذ اور قیحی ریمی مواد معہ انکشافِ نبقۂ سوزاک تشخیص کیلئے کافی ہوں گے۔ حاد التہابِ مثانہ میں مثانہ بینا سے امتحان کرنا مناسب نہیں کیونکہ اس سے مزید ضربہ کے پیدا ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ لہٰذا ہمارے لئے یہ ضروری ہے کہ ہم ایسی شہادت پر ہی قانع رہیں' جو سریری طور پر حاصل کی جائے' اور یہ شہادت پیشاب کے خلویاتی (cytological) اور جرثومیاتی امتحان کے ساتھ ملکر تمام عملی مقاصد کے لئے کافی ہوتی ہے۔

مزمن التہابِ مثانہ میں اکثر اوقات بذریعہ مثانہ بین امتحان کرنا ضروری ہوتا ہے۔ اس مقصد کے لئے عمومی معدم حس کا استعمال بہتر ہوتا ہے' گو یہ بھی صحیح ہے کہ مثانہ بینی بعض اوقات صرف مبال ہی کو کوکین لگانے سے انجام دی گئی ہے۔ اس طریقۂ عمل کے بیان کیلئے طالبعلم کو کوئی ایسی درسی کتاب دیکھنا چاہئے جو بولی خطہ کی جراحی پر لکھی گئی ہو۔ مثانہ بینا سے امتحان کرنے سے اس امر کا انکشاف ہوا ہے کہ عورت میں مثانہ کا مزمن التہاب مخاطی سطح پر

یکساں اور پر منقسم نہیں ہوتا، بلکہ متنفس المقام ماسکات یا قرح کی شکل میں موجود ہوتا ہے۔ یہ بے قاعدہ سرخ رقبے دکھائی دیتے ہیں جو گول یا کنگرہ دار ہوتے ہیں، یا بعض اوقات سرائت سے نمشات (petechiæ) پیدا ہو جاتے ہیں جن میں تقرح کے چھوٹے چھوٹے رقبہ جات موجود ہوتے ہیں۔ اس قسم کے ضررات بہت تکلیف دہ نزف کا باعث ہوتے ہیں اور بہت آہستہ مندمل ہوتے ہیں۔ جب کوئی منفرد رقبہ مندمل ہو جاتا ہے تو یہ منقبض ہو جاتا ہے اور ایک خط نما یا منشع ندبہ باقی رہ جاتا ہے۔ یہ بالفعل قرح کا خط نما نشان متجلی الشکل جید کی شکل میں ابھر آتا ہے، اور مثانہ کو عمیق خانوں میں تقسیم کر دیتا ہے، اور اس طرح مثانہ کا پھیلاؤ خطرناک حد تک کم ہو جاتا ہے۔ اور جب خط نما قرح مندمل ہو جاتا ہے تو یہ ایک زردی مائل سفید لکیر کی شکل کا دکھائی دیتا ہے جو ایک سرخ منطقہ کے مرکز میں واقع ہوتی ہے۔

تفریقی تشخیص۔ التہاب مثانہ اور ایک اور حالت میں جو خراش پذیر مثانہ کے نام سے موسوم ہے فرق کرنا ضروری ہے۔ موخر الذکر حالت میں تواتر تبول زیادہ ہو جاتا ہے اور مثانہ کے قاعدہ پر الیمیت موجود ہوتی ہے۔ یہ علامات مثلث (trigone) کی بیش دمویت کے ساتھ پائے جاتے ہیں، اور ان عورتوں میں قلیل الوقوع نہیں ہیں جن میں زمانہ انقطاع الطمث شروع ہو جاتا ہے یا شروع ہونے کے قریب ہوتا ہے۔ مثانہ بین سے امتحان کرنے پر کوئی التہابی رقبہ دکھائی نہیں دیتا اور پیشاب میں پیپ نہیں ہوتی۔ اسی طرح عصیہ بولیت (bacillurea) میں کوئی مقامی ضرر موجود نہیں ہوتا، کیونکہ جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے التہاب مثانہ کے علامات کے رفع ہو جانے کے دیر بعد تک خرد عضویئے پیشاب میں بکثرت پائے جاتے ہیں۔ اگر سادہ
383 عصیہ بولیت کی مستند حالت میں مثانہ بین سے مثانہ کا امتحان کیا جائے تو التہاب کے مذکورہ بالا امارات میں سے کوئی ایک امارت بھی موجود نہ ہوگی۔ تواتر تبول کی زیادتی کے ہر ایک اصابہ میں خواہ وہ کسی سبب سے رونما ہوا ہو مثلاً جب کہ یہ حمل کے ابتدائی اور متاخر مہینوں میں ظاہر ہوا ہو یا جب کہ یہ حوضی سلعوں کے دباؤ سے پیدا ہوا ہو، پیشاب کا مکمل امتحان کرنا چاہیئے تاکہ التہاب مثانہ کے امکان کو خارج از بحث قرار دیا جا سکے۔

آخر میں یہ ضروری ہے کہ التہاب مثانہ کی تشخیص کو مکمل تصور نہ کیا جائے تاوقتیکہ سرائتی عضویہ کی تفرید نہ کر لی جائے۔ اس امر کے متعلق یہاں ایک عملی ہدایت تحریر کی جا سکتی ہے، اور وہ یہ ہے کہ ایسے مستنر نشئی نقیع البول کے جس میں پیپ تھوڑی مقدار میں

آتی ہو اور جس کے ساتھ خفیف سا بخار بھی موجود ہو تدرنی ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

حاد النہاب مثانہ کا علاج ۔ مریضہ کو مرض کا حاد درجہ گزر جانے تک ضرور بستر میں آرام کرنا چاہیئے۔ ابتدا میں درد کو تسکین دینے کے لئے بعض اوقات افیون کے زیر جلدی اشراب کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ قلوی معدنی پانی (alkaline mineral water) بکثرت پلانا چاہیئے۔ بلسان کوپیبا (balsam of copaiba) اور روغن صندل کو کیپسول (capsules) میں دینے سے سوزاکی النہاب مثانہ کو فائدہ ہوتا ہے۔

ہیکسامین (hexamine) ("یوروٹروپین" "Urotropine") کا استعمال جس کے دس منٹ بعد ایسڈ فاسفیٹ آف سوڈا یا سوڈیم بنزوئیٹ کا مکسچر دیا جاتا ہے مدت مرض کے کم کرنے میں مدد دیتا ہے۔ محفوظ الحقوق تجہیز "کیپروکال" ("Caprokol") (ہیکسل ریسارسینال :hexyl-resorcinol) بھی اس مرض میں مفید ثابت ہوتی ہے۔ اس کی مقدار خوراک ۲ تا ۰ اگرین دن میں تین مرتبہ ہے۔ اس کے استعمال کے دوران میں سوڈیم بائی کاربونیٹ کے استعمال سے اور سیالات کی بہت زیادہ مقدار پینے سے احتراز کرنا چاہیئے۔ ان دونوں سے پیشاب کے سطحی تناؤ میں اضافہ ہوتا ہے اور اس مرکب کے جراثیم کش فعل میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔ اگر مثانہ بہت زیادہ الیم نہ ہو تو بورک ایسڈ یا بوروگلیسرائیڈ (boroglyceride) کے نیم گرم محلول سے اس کی آبیاری دن میں دو مرتبہ کی جاسکتی ہے اور اس کے اختتام پر پروٹارجن (protargen) (البیومینیٹ آف سلور :albuminate of silver) کے ۱ تا ۱ فیصدی محلول (حسب برداشت) کی ایک چائے کا چمچہ بھر مقدار کا اشراب کر دینا چاہیئے۔ اور اگر النہاب مثانہ رفع نہ ہو تو علاج بالحیدریٔن اختیار کرنا چاہیئے۔ چند اصابات میں یہ ضروری ہوتا ہے کہ مثانہ کی مسیلیت مہبل میں شگاف دیکر کیا جائے۔

مزمن النہاب مثانہ کا علاج ۔ مزمن النہاب مثانہ کا علاج شروع کرنے سے پیشتر سرائت کے کسی کلوی منبع کے موجود ہونے کے امکان پر غور کر لینا چاہیئے اور مثانہ بین کے ذریعہ سے امتحان کرنے سے اس کا تصفیہ کر لینا چاہیئے۔ اگر نزولی سرائت خارج از بحث قرار دی جاسکتی ہو تو مثانہ کا علاج (ا) عمومی اور (ب) مقامی طریقوں پر کیا جاسکتا ہے۔

دوا کا اندرونی استعمال (ا) درد کو تسکین دینے اور (ب) حملہ آور جراثیم کو تباہ کرنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ تجہیزات افیون (مارفیا، کوڈین اور ہیروئین) کا مرکز استعمال

ذکر نا چاہئے ۔ بہترین مسکن ۲۰ گرین سٹریٹ آف پوٹاشیم (citrate of potassium) اور ½ ڈرام ٹنکچر آف ہائیوسائمس (tincture of hyocyamus) کا آمیزہ ہے جس میں انفیوزن آف بکو (Infusion of buchu) بھی شامل ہو۔ عضویوں کو تباہ کرنے کے لئے کوئی دوا اتنی موثر نہیں جتنے کہ ہیکسامین (hexamin) اور ہیکسیل ریسارسینال (hexyl-resorcinol) ہیں۔ ہیکسامین کی موثریت کا انحصار پیشاب میں فارم ایلڈیہائیڈ (formaldehyde) کے آزاد ہونے پر ہے ۔ اور یہ تعامل صرف ترشئی پیشاب ہی میں ظاہر ہوتا ہے ۔ اس کے علاوہ ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ (acid sodium phosphate) بھی دینا چاہئے جیسا کہ پہلے مذکور ہو چکا ہے ۔ ان دونوں دواؤں کو ملا کر قرص تیار کئے گئے ہیں جو دوا فروشوں کے ہاں مختلف ناموں سے فروخت کئے جاتے ہیں' لیکن ہم ان کے علیحدہ علیحدہ تجویز کرنے کو ترجیح دیتے ہیں۔ ۱۰ گرین ہیکسامین دینے کے ۲۰ منٹ بعد ۲۰ گرین ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ' ٹنکچر آف ہائیوسائمس اور انفیوزن آف بکو کا آمیزہ دیا جاتا ہے ۔ سرایتی عضویہ کے متعلق معلوم کرنے سے علاج میں مدد ملتی ہے ۔ مثلاً جب تدرنی عصیات (tubercle bacilli) پائے جائیں تو ابتدائی ضرر گردہ میں موجود ہوگا' اور اس کے لئے جراحی علاج کی ضرورت ہوگی ۔ نیقاتِ سوزاک (gonococci) کوپیبا (copaiba) اور چوب صندل (sandal wood) اور قلیات کی بڑی بڑی خوراکوں کے استعمال کی ضرورت ظاہر کرتے ہیں۔ عصیوں کا قولونی نما گروہ (coliform group) ہیکسامین (hexamine) کی بڑی بڑی خوراکوں کی ضرورت کو ظاہر کرتا ہے یعنی ۱۰ یا ۱۵ یا ۲۰ گرین کی مقداریں دن میں تین مرتبہ دی جائیں ۔ اور اس کے بعد ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ کا استعمال کیا جائے جیسا کہ اوپر ذکر کیا جا چکا ہے ۔ اگر ڈفتھیریا کا عصیہ (diphtheria bacillus) موجود ہو تو یہ ضد سم (antitoxin) کی ضرورت کو ظاہر کرتا ہے ۔ اگر قلوی پیشاب میں عصیوں کا کثیر الاشکال گروہ (proteus group) موجود ہو تو بنزوئک ایسڈ (benzoic acid) کی ۱۰ تا ۱۵ گرین کی خوراکوں سے اس کو ترشئی بنانا اور جب پیشاب ترشہ بن جائے تو اس کے بعد ہیکسامین کا استعمال کرنا ضروری ہوتا ہے ۔ نیقاتِ عنبیہ و نیقاتِ سبحیہ سے پیدا شدہ التہابِ مثانہ بھی موخر الذکر دوا کے استعمال کی ضرورت کو ظاہر کرتا ہے ۔ 334

مقامی علاج (ا) آبپاری' (ب) اقطار (instillation)' (ج) موضعی اطلاقات اور (د) مسیلیت پر مشتمل ہے ۔

(ا) اگر پیشاب ترشئی ہو تو مثانہ کو بورکس (borax) کے محلول سے صاف کر دینا چاہیئے جسکی طاقت ۵۔ آف کے ایک پائنٹ نیم گرم پانی میں چائے کا ایک چمچہ بھر ہو۔ پیشاب کے قلوی ہونے کی حالت میں بورک ایسڈ کے گرم محلول کا استعمال کرنا چاہیئے۔ اس امر کے متعلق ضرور احتیاط کرنا چاہیئے کہ مثانہ میں ہوا نہ داخل ہونے دی جائے کیونکہ اس سے تکلیف ہوتی ہے۔ پہلی آبیاری کے بعد قیف کو باری باری سے اوپر نیچے کرنے سے اسی محلول کو مثانہ میں دو یا تین دفعہ داخل کیا جاسکتا ہے اور باہر نکالا جاسکتا ہے۔ یہ علاج دن میں دو مرتبہ کرنا چاہیئے۔ بہت مزمن اصابات میں مثانہ میں کئی اونس سیال کی گنجائش نہیں ہوتی لیکن صبر و تحمل سے اس عضو کو بتدریج اتنا متمدد کیا جاسکتا ہے کہ پہلے کی نسبت اس میں دس گنا سیال سما جاتا ہے۔ مثانہ کی قوتِ برداشت کی تائید کے لئے کوکین (cocaine) کے ۱ فی صدی محلول کا انشراب آبیاری شروع کرنے سے پانچ منٹ پیشتر کیا جاسکتا ہے۔

(ب) اِقطار (instillation) مثانہ میں سیال کا انشراب کرنے اور اسے وہاں چھوڑ دینے پر مشتمل ہے۔ اس کا استعمال آبیاری کے فوراً بعد کرنا چاہیئے۔ اس مقصد کے لئے بہترین تجہیزات سلور نائیٹریٹ (silver nitrate) ...۱ میں ۱" اور پروٹارجن (protargen) کا ۲ تا ۱۰ فیصدی محلول' اور "مرکیورو کروم" ("Mercurochrome") ہیں۔ چائے کے ایک یا دو چمچہ بھر مقدار کا انشراب شیشہ کے قاساطیر کے ذریعہ سے کر دیا جاتا ہے جسکے ساتھ ایک ربڑ کا بصلہ (rubber-bulb) جس میں انشراب کرنے کا سیال ہوتا ہے لگا ہوتا ہے۔ مزمن التہابِ مثانہ کے کئی ایک مریضوں کو آبیاری' تمدد اور اقطار کے متحدہ علاج سے شفا حاصل ہوئی ہے۔

(ج) موضعی علاج رقبۂ ماؤف پر کسی دوا کے براہِ راست لگانے پر مشتمل ہے۔ ایسے رقبہ کے حدود دوا لگانے سے قبل مثانہ بین سے متعین کر لئے جاتے ہیں' اور یہ دیکھ لیا جاتا ہے کہ یہ بالکل محدود المقام ہے۔ یہ علاج تقرح کے ان چھوٹے چھوٹے رقبوں کے لئے موزوں ہے جو مثانہ کی موخر دیوار پر مثلث کے اوپر واقع ہوں (کیلی: Kelly اور برنیم: Burnam)۔

(د) سبیلیت۔ مثانہ کی خود قائم قاساطیر (self-retaining catheter) کے ذریعہ سے براستہ مبال سبیلیت کرنے سے اسے ایک ہفتہ یا اس سے زائد عرصہ تک آرام دیا جاسکتا ہے۔ قاساطیر کے موجود رہنے کے دوران میں دن میں ایک یا دو مرتبہ اس کی آبیاری کرنا ضروری ہوتا ہے۔

شدید اور دشوار علاج اصابات میں مثانی مہبل سبیلیت ایک قابل قدر طریقہ ہے۔ جب مریضہ کسی مقامی قسم کے علاج کی بالکل متحمل نہ ہوسکے تو اس طریقۂ علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس کا اثر مثانہ پر یہ ہوتا ہے کہ خالی رہنے کی وجہ سے اس کو مکمل آرام مل جاتا ہے۔ فتحہ مہبل کی مقدم دیوار میں بنایا جاتا ہے، اور یہ ضرور اتنا بڑا ہونا چاہیئے کہ اس میں سے پیشاب بآسانی خارج ہوسکے۔

التہاب مبال (Urethritis) اس عارضہ پر سوزاک کے باب میں بحث کیگئی ہے (دیکھو صفحہ 287)۔

التہاب حوض گردہ اور حوضی کلوی التہاب

(PYELITIS; PYELONEPHRITIS)

یہ امر مشتبہ ہے کہ کلوی سرائت حوض کی غشائے مخاطی اور گردہ کے کماموں (calices) تک ہی بالکل محدود رہتی ہے، لیکن التہاب حوض گردہ (pyelitis) کی اصطلاح حوضی کلوی التہاب کے زیادہ خفیف اور غیر جراحی اقسام کے بیان کرنے کے لئے سرسری طور پر استعمال کی جاتی ہے، اور اس کا استعمال اس قدر عام ہے کہ ہم بھی اسے برقرار رکھیں گے۔

335 التہاب حوض گردہ خراش آور کیمیائی اشیا یا سرائتی عضویوں سے پیدا ہوسکتا ہے۔ یہاں صرف موخر الذکر پر ہی بحث کی جائیگی۔ عضویئے گردوں میں جوئے خون، یا عروق لمف، یا صعودی سرائت کی حالت میں حالبین کے ذریعہ سے داخل ہوسکتے ہیں۔ مزمن التہاب حوض گردہ کے اصابات میں قولونی عصیہ (bacillus coli) بالعموم ساری حامل ہوتا ہے۔ اس کے داخل ہونے کے تین امکانی راستے ہیں جن پر بحث کی جائیگی۔ پہلا راستہ مبال سے صعودی سرائت کا ہے۔ ایسا یا تو راکد پیشاب کی بلا واسطہ سرائت سے ہوسکتا ہے جو حالب کی کسی مسدودی کے اوپر رکا ہوا ہو، اور یا گرد حالبی عروق لمف کے ذریعہ سے ہوسکتا ہے۔ اس راستہ سے مثانہ پہلے ماؤف ہوتا ہے، لیکن ابتدائی مدارج میں التہاب مثانہ کے علامات سرسری طور پر بہت کم دیکھنے میں آتے ہیں۔ دوسرا راستہ دوران خون کا ہے۔ عضویئے گردوں میں سے گزر کر گردہ کے حوض کی غشائے مخاطی پر حملہ آور ہوتے ہیں (نزولی سرائت)۔ تیسرا راستہ امعاء میں سے سرائت کے

بلاواسطہ وقوع کا ہے۔ عضویئے قولون میں سے گزر کر گرد حالبی خلوی بافت میں سے ہوتے ہوئے حالب تک پہنچ جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ گردہ تک بھی چلے جاتے ہوں۔ حاد التہاب حوضِ گردہ میں نبقاتِ عنبیہ (staphylococci) اور نبقاتِ سبحیہ (streptococci)، اور عصیّۂ کثیر الاشکال (proteus bacillus) زیادہ کثرت سے موجود ہوتے ہیں۔ نبقۂ سوزاک (gonococcus) ریوی نبقہ (pneumococcus)، اور عصیّۂ انفلوئینزا (bacillus influenza) زیادہ شاذ طور پر پائے جاتے ہیں (کیلی :Kelly اور برنیم :Burnam)۔ جو حالتیں التہابِ حوضِ گردہ کے وقوع کے لئے ممد ثابت ہوتی ہیں وہ یہ ہیں۔ (ا) استسقائے کلیہ (hydro-nephrosis)، (ب) حالب پر دباؤ پڑنا (مثلاً حامل رحم یا لیفیہ دار رحم کا)، (ج) احتباسِ بول معہ التہابِ مثانہ، (د) جسم کے دوسرے حصوں کی سرائت۔

امراضیات۔ جو تغیرات گردہ میں پائے جاتے ہیں ان کے اقسام اور حدود میں بہت اختلاف پایا جاتا ہے۔ تسدّدی (obstructive) اصابات میں جن میں ایک طرف کے حالب میں سیلانِ بول کے لئے کسی حوضی سلعہ، یا حامل رحم، یا سرطانِ عنق کی وجہ سے جس سے حالب بھی ماؤف ہو رکاوٹ پیدا ہو گئی ہو، تقاطر گردہ کے دورانِ خون کے ذریعہ سے سرائت زدہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ امتحانِ نعش پر گردہ بعض اوقات خاصہ طبعی دکھائی دیتا ہے لیکن حوض اور حالب میں صریح امراضیاتی تغیرات موجود ہوتے ہیں۔ نسیجیاتی طور پر کلوی جرم میں التہابِ گردہ کے مختلف مدارج پائے جاتے ہیں، جو اس کی افرازی قوت کو شدید نقصان پہنچانے کیلئے کافی ہوتے ہیں۔

جن اصابات میں کوئی حالبی تسدد موجود نہ ہو، لیکن گردہ کی شدید سرائت موجود ہو ان میں سیخ (parenchyma) میں حاد حالت میں متعدد چھوٹے چھوٹے یا منفرد خراجات پائے جاتے ہیں۔ مزمن حالت میں جرمِ گردہ کم ہو جاتا ہے اور اس کا بہت سا حصہ لیفی بافت میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں حالب اور حوض بعض اوقات طبعی دکھائی دیتے ہیں۔ مذکورہ بالا دونوں حالتیں حوضی کلوی التہاب کی دو قسمیں ہیں، اور ان کے مابین برزخیت کا ہر ایک درجہ موجود ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد حالت میں مریضہ پر دفعتہً دردِ شکم کا حملہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ ہی بعض اوقات لرزہ بھی ہوتا ہے۔ چند گھنٹے کے بعد تمدد شکم پیدا ہو جاتا ہے۔

اور بعض اوقات قے بھی آتی ہے ۔ درد ابتدا میں منتشر ہوتا ہے' اور اس کا مقام بالعموم دائیں جانب ہوتا ہے' لیکن اصابات کی ایک قلیل تعداد میں بائیں جانب ماؤف پائی جاتی ہے۔ قبض کی شکایت عام طور پر موجود ہوتی ہے' اور زبان فرزدار ہوتی ہے جب گردہ جسّ پذیر ہو تو یہ الیم ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ کلانی یافتہ بھی ہو۔ اکثر اوقات اس کے اوپر ایک نمایاں استواری پائی جاتی ہے' اور الیمیت اس حد تک موجود ہوتی ہے کہ جسّ کا تفصیل سے انجام دینا غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات دبانے سے درد خاص کر متناظر ضلعی فقری زاویہ میں محسوس ہوتا ہے۔ جو اصابات دوران حمل میں دیکھنے میں آتے ہیں' ان میں حامل رحم میں کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی' لیکن حوض کے متناظر مقدم ربع کا براستہ مہبل عمیق جسّ کرنے سے بالعموم دائیں حالب کے انتہائی حصہ میں الیمیت کا انکشاف کیا جاسکتا ہے۔ تپش بعض اوقات ۱۰۳° تا ۱۰۴° ف تک بڑھ جاتی ہے اور اگر تپ کو علاج کے ذریعہ سے قابو میں نہ رکھا جائے تو یہ چند دن تک بے قاعدہ طور پر جاری رہتی
336 ہے۔ بعض اوقات قشعریرہ رونما ہوتا ہے' اور مریضہ کی عمومی حالت اس قدر متاثر ہو جاتی ہے کہ تشویش کا باعث ہوتی ہے۔ جب یہ مرض زمانۂ نفاس میں واقع ہوتا ہے تو غلطی سے یہ عفونتی رحمی سرایت تصور کیا جاسکتا ہے۔

قاساطیر سے حاصل کردہ پیشاب کے نمونہ کا امتحان کرنے سے اس کا تعامل بالعموم نمایاں طور پر ترشئی پایا جائے گا۔ اس سے کم کثرت کے ساتھ یہ تعدیلی اور قلوی بھی دیکھنے میں آیا ہے' یہ مکدر ہوتا ہے اور اس میں ندیفی (flocculent) فواضل موجود ہوتے ہیں۔ اصابات کی ایک بڑی اکثریت میں طریقہ ہائے کاشت سے خالص قولونی عصیہ (bacillus coli) حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات دوسرے ریم زا عضویئے بھی موجود ہوتے ہیں۔ کلوی سبیکے موجود نہیں ہوتے' لیکن بعض اوقات مطروح میں تھوڑا سا خون پایا جاتا ہے' اور پیپ ہمیشہ معتد بہ مقدار میں موجود ہوتی ہے' اور بولی گزرگاہ سے اترے ہوئے سر حلمی خلیات اور اس کے فواضل بھی کافی مقدار میں موجود ہوتے ہیں۔ پیشاب کی مقدار بالعموم کم ہوتی ہے' اور اس میں بدبو نہیں ہوتی۔ عام طور پر البیومن کے ایک شائبہ کا بھی مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ کئی ایک اصابات میں ابتداً کم شدید ہوتی ہے' لیکن ارتفاعِ تپش اور شکم یا پہلو کا شدید درد ہمیشہ پایا جاتا ہے۔

مزمن قسم میں علامات بلاشبہ اتنے ممیز نہیں ہوتے۔ اکثر اوقات خفیف سا بے قا

ارتفاعِ تپش موجود ہوتا ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا، اور مریضہ دردِ کمر کی اور بعض اوقات مثانہ کی مستمر خراش کی شکایت کرتی ہے۔ بعض اوقات پیشاب زیادہ مقدار میں آتا ہے، اور اس سے تبوّل کے بیش تواتر کی کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے۔ مثانہ میں قاعدۃً التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ اور بعض اصابات میں یہ بھی ممکن ہوتا ہے کہ مثانہ کے علامات ابتدائی التہابِ حوضِ گردہ کو پوشیدہ کر دیں۔ عسر البول (dysuria) اس امر کی امارت تصور کیا جا سکتا ہے کہ مثانہ ثانوی طور پر سرایت زدہ ہو چکا ہے۔ گردے قاعدۃً کلانی یافتہ نہیں ہوتے، اور نہ یہ حسّاس بر البم ہی ہوتے ہیں، لیکن ان پر براستہ مہبل دباؤ ڈالنے سے درد اور تبوّل کی خواہش پیدا کیا جا سکتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار پیشاب کا باحتیاط امتحان کرنے، اور مثانہ بین سے معلوم کرنے پر ہے کہ محلِ ضرر کس طرف ہے۔ حاد التہابِ حوضِ گردہ میں پیشاب میں کسی قدر مصلی البیومن (serum albumen)، چند سرخ خلیات، جسیماتِ ریم، اور خرد عضویے موجود ہوتے ہیں۔ مثانہ بین سے امتحان کرنے پر ماؤف طرف کا حالبی دہنہ سرخ، بروں گردیدہ یا بازکشیدہ معلوم ہوتا ہے۔ متناظر حالب سے مکدر اور دوسری طرف سے صاف پیشاب نکلتا ہوا بعض اوقات دکھائی دیتا ہے۔

سوزاک کے مریضوں میں عنق، مبال، اور شاید فلوپی نلیوں میں بھی مرض کی جانب شہادت پائی جائے گی۔ سرایت کے دیگر ابتدائی منبعوں کی بھی تلاش کرنا چاہئے۔

حاد حوضی کلوی التہاب غلطی سے التہابِ زائدہ (appendicitis) یا التہابِ مرارہ (cholecystitis) تصور کیا جا سکتا ہے۔ تدرّن (tuberculosis)، تپِ محرقہ اور شاید ملیریا سے بھی تفریقی تشخیص لازمی ہوتی ہے۔ کلوی ضررات کی تشخیص میں جو اہمیت حوض نگاری (pyelography) کو حاصل ہے اس کی اور اس کے استعمال کی بحث کے لئے بولی جراحی (Urinary Surgery) کی درسی کتابوں کا مطالعہ کرنا چاہئے۔

انذار۔ حاد اصابات میں مناسب علاج سے عام طور پر جلد فائدہ ہو جاتا ہے۔ مزمن اصابات بہت دشوار علاج ہوتے ہیں، اور باوجود علاج کے ان میں فائدہ نہیں ہوتا۔ تمام سریری علامات کے زائل ہو جانے کے بعد بھی جرثومہ دمویت (baoteremia) ایک طویل عرصہ تک باقی رہتی ہے۔

حمل اور نفاس کے زمانہ کا التہابِ حوضِ گردہ۔ یہ عارضہ دورانِ حمل میں

چوتھے ماہ سے قبل شاذونادر ہی واقع ہوتا ہے۔ یہ حاد اور مزمن شکلوں میں سے کوئی ایک اختیار کر سکتا ہے، اور حمل سے بیشتر التہاب مثانہ یا مرض گردہ کے کوئی علامات قاعدۃً موجود نہیں ہوتے۔ گاہے گاہے زمانۂ نفاس میں بڑی شدت کا حملہ ہوتا ہے اور اس وقت اسے حاد عفونت الدم (acute septicæmia) سے تمیز کرنے کے لئے بہت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔

دائیں گردہ میں اس مرض کے قبول کرنے کی ایک خاص استعداد موجود ہوتی ہے، لیکن اتنی نہیں جتنی کہ کسی وقت خیال کی جاتی تھی۔ ایلبک (Albek) اور لینہارز (Lenharz) کے ۱۱۹ ترتیب دادہ اصابات میں سے ۷۰ میں صرف دایاں اور ۲۶ میں صرف بایاں گردہ ماؤف تھا، اور ۳۶ میں دایاں اور بایاں دونوں ماؤف تھے۔ علاوہ ازیں امتحان
نعش سے اور ان مریضوں میں براہ راست مشاہدہ کرنے سے جن پر عملیے کئے گئے ہیں یہ ثابت 337
کیا گیا ہے کہ طرف ماؤف کے حالب کے شکلی حصہ میں بعض اوقات انساع پایا جاتا ہے۔ اور یہ عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ یہ انساع حالب کے حصۂ زیرین کو متاثر نہیں کرتا، بلکہ اس سے صرف وہی حصہ متاثر ہوتا ہے جو حوض کی لگر سے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ یاد ہوگا کہ حالب کا اسی قسم کا انساع التشنج (eclampsia) کے اصابات میں امتحانات نعش پر دیکھنے میں آیا ہے، اور طبعی حمل میں بھی یہ قلیل الوقوع نہیں۔

حوضی کلوی التہاب کا علاج۔ مرض کی حاد حالتوں میں مریضہ کو ضرور بستر میں لٹائے رکھنا چاہیئے، اور غذا میں سیالات خاصکر دودھ کے علاوہ کچھ نہ دینا چاہیئے۔ اور پیشاب کی مقدار کو بڑھانے اور اس کی ترشی کو کم کرنے کے لئے کسی قلوی مدر بول دوا مثلاً سٹریٹ (citrate) یا ایسیٹیٹ آف پوٹاش (acetate of potash) کا بڑی بڑی مقداروں میں استعمال کرانا چاہیئے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے قلوی پیشاب کی نسبت ترشئی پیشاب قولونی عصیہ (bacillus coli) کے لئے بہتر وسیط کاشت ہے۔ اگر ادرار بول جاری رکھا جا سکے تو حاد علامات بالعموم چند دن میں زائل ہو جاتے ہیں، اور یہ اغلب ہے کہ حملہ کی بیشتر ابتدائی شدت حوض گردہ اور حالب کے بالائی حصہ کے انساع کا نتیجہ ہوتی ہو۔ اجابت ضرور روزمرہ بفراغت ہونا چاہیئے۔ بولی سرائت پر دو طریقوں یعنی بولی دافعات عفونت اور خودزاد جدرینوں سے قابو حاصل کیا جا سکتا ہے (دیکھو التہاب مثانہ صفحہ 333)۔ جب تک کہ حاد علامات زائل نہ ہو جائیں بولی دافعات عفونت کا استعمال نہ کرنا نہایت مناسب ہوتا ہے۔ جدرینوں کے

استعمال سے جو نتائج حاصل کئے گئے ہیں وہ قابلِ اعتماد نہیں' لیکن یہ روزمرہ کے علاج کے ایک جزو کے طور پر عموماً استعمال کیجاتی ہیں۔ ماؤف گردہ کو اینٹی فلوجسٹین (anti-phlogistine) کے ذریعہ سے یا گرم تکمیدات کے بکثرت استعمال سے حرارت پہنچانا علاج کا ایک ایسا سادہ طریقہ ہے جس سے حاد علامات میں بالعموم بہت سی تخفیف پیدا ہوجاتی ہے' اور مریضہ کو بہت تسکین ہوتی ہے۔ طبی تدابیر علاج علامات کو رفع کرنے کے لئے عام طور پر کافی ہوتے ہیں' لیکن جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے' تمام علامات کے غائب ہوجانے پر بھی نوعی عضویہ اکثر پیشاب میں آتا رہتا ہے۔ حالب میں صرف قاساطیر گزارنے یا ساتھ ہی حوضِ گردہ کی آبیاری بھی کرنے کی رائے پیش کی جاچکی ہے' لیکن گردہ کے التہابی حضرات کے لئے ان تدابیر کا عموماً استعمال نہیں کیا جاتا۔

غذائی خطہ کی سرائتیں

التہابِ زائدہ

(APPENDICITIS)

زائدہ دودیہ تشریحی اور امراضیاتی دونوں قسم کے تعلقات کے لحاظ سے عورت کے مخصوص اعضائے حوض سے ایک قریبی علاقہ رکھتا ہے۔ چنانچہ طبعی اصابات کی ایک معتدبہ تعداد میں یہ حوض کی گگر کے اوپر معلّق پایا جاتا ہے' اور یہاں یہ یا تو دائیں نلی یا دائیں بیض کے ساتھ مس کرتا ہے' اور یا ان کے بالکل قریب واقع ہوتا ہے۔ مزید برآں نلی اور بیض کے التہاب کا سرائت زائدہ سے پیدا ہونا قلیل الوقوع نہیں جو خود مرض زدہ ہوکر مذکورہ اعضا میں سے کسی ایک کے ساتھ منضم ہوجاتا ہے (دیکھو شکل ۳۹، صفحہ 629)۔ یہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے کہ مرض زدہ زائدہ سے سرائت کا واقع ہونا انبوبی حمل کے اسباب میں سے ایک امکانی سبب ہے (لیتھ مرے :Leith Murray) (دیکھو صفحہ 222)۔ ایسی مثالیں بھی کم دیکھنے میں نہیں آتیں جن میں زائدہ رحم کے لیفینی سلعات (fibroid tumours) سے منضم ہوتا ہے' اور ہمارے مشاہدہ میں یہ بھی آیا ہے کہ ایک منضم زائدہ ایک کبیر الجسامت بیضی دویری سلعہ کے ساقچہ میں پھنس گیا تھا جو ملتوی ہوگیا تھا۔

اس قریبی علاقہ سے قدرتی طور پر یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ بعض اوقات زائدہ اور دائیں نلی اور دائیں
بیض کے عوارض میں سرسری طور پر تمیز کرنے میں دقت پیش آتی ہے۔ لہٰذا تشخیص کی غلطیاں
قلیل الوقوع نہیں، اور ماہرِ امراض النساء کو اس عضو کا تدارک کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے 338
جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ یہ یا تو مرض کا ابتدائی مقام ہوتا ہے اور یا یہ اُس مرض سے ماؤف
ہوتا ہے جو نلی اور بیض سے پھیل کر اس تک پہنچ گیا ہے۔ بہت سے ماہرینِ امراض النساء شکمی
حوضی عملیہ سرانجام دیتے وقت زائدہ کا امتحان کرنے، اور اس میں مرض کے فعال یا مخفی امارات
موجود ہونے کی صورت میں اس کو دور کر دینے کو اپنا دستور العمل بنا لیتے ہیں، اور ہم بھی اسے
حق بجانب تصور کرتے ہیں۔ لہٰذا اس سے یہ ظاہر ہوا کہ النہاب زائدہ ایک ایسا موضوع ہے
جس سے ماہرِ امراض النساء کو واقفیت پیدا کرنا ضروری ہے، اور اس عضو کے دور کرنے کے
طریقہ کو معلوم کرنا اس کی تربیت اور تجربہ کا ایک جزو ہے جس کا حاصل کرنا اسے لازم ہے۔

زائدہ کی تشریح اور موقع نگاری ۔ زائدہ دودیہ اعور کی اندرونی طرف سے
لفائفی اعوری مصراع (ileo-cæcal valve) سے ایک انچ نیچے نکلتا ہے۔ اگر صعودی
قولون کے مقدم طولانی بند کا تعاقب کرتے ہوئے اعور تک پہنچ جائیں تو یہ بند زائدہ کے
قاعدہ پر ختم ہوتا ہوا دکھائی دیگا جو ایک اسطوانہ نما ساخت ہے جس کا طول ۳ ½ انچ ہوتا ہے۔
اس کی ایک ماساریقا ہوتی ہے، جس کے آزاد کنارہ میں سے موخر لفائفی اعوری شریان
(posterior ileo-cæcal artery) کی زائدی شاخ گزرتی ہے۔ زائدہ بالعموم سیدھا ہوتا
ہے لیکن جب اس میں النہابی تغیرات واقع ہو چکے ہوں تو یہ اکثر منحنی یا زاویہ حادہ پر خمیدہ
بھی پایا جاتا ہے۔ قاعدہ سے اس کا رُخ بہت اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ
حوض صادق میں لٹکا ہوتا ہے، اور بعض اوقات یہ اعور اور صعودی قولون کی اندرونی یا پچھلی طرف
یا ان کی بیرونی طرف کے ساتھ ساتھ بھی اوپر کی طرف چلا جاتا ہے۔ ملتہب ہونے کی صورت میں
یہ ان تینوں اُتھلے باریطونی حفروں میں سے جو لفائفی اعوری خطہ میں پائے جاتے ہیں کسی ایک
میں منضم پایا جا سکتا ہے۔ کہا گیا ہے کہ یہ اپنے طبعی طول سے بہت زیادہ لمبا ہوتا ہے، اور
ایسے نمونوں کا اندراج بھی کیا گیا ہے جن کا طول ۱۰ انچ تھا۔ حالتِ تطویل میں یہ اکثر اوپر کی طرف
جگر تک جاتا ہوا بھی پایا گیا ہے، اور اس کا سرا اس عضو کی زیریں سطح سے منضم ہوتا ہے۔
زائدہ کی ساخت باریطونی، عضلی، تحت مخاطی، اور مخاطی طبقات پر مشتمل ہونے کے باعث

معوی خطہ کی ساخت کے مشابہ ہوتی ہے ۔ مخاطیہ پر ستونی سرطلیہ کی ایک پوشش ہوتی ہے جس میں انبوبی غدد کی جو غدد لیبرکوہن (Lieberkuhn's glands) کے مشابہ ہوتے ہیں ایک کافی تعداد موجود ہوتی ہے ۔ ان کے علاوہ لمف آسا بافت بافراط موجود ہوتی ہے جو کثیر التعداد اجرابات کی شکل میں مجتمع ہوتی ہے ۔ یہ جرابات سطح سے اوپر اٹھے ہوتے ہیں، اور تحت مخاطی تہ میں بھی پہنچے ہوتے ہیں ۔ زائدہ کے بعدی حصہ میں یہ نہایت کثیر التعداد ہوتے ہیں ۔

زائدہ کے فعل کے متعلق ٹھیک ٹھیک کچھ معلوم نہیں، اور یہ بالعموم ایک آثاری بافت ہی تصور کیا جاتا ہے ۔ اس میں تھوڑی لمویافتہ غدد کے پائے جانے اور یہ ثابت ہونے سے کہ زمانۂ طفولیت اور سنِ بلوغ کے ابتدائی حصہ میں اس کا طول بڑھتا ہے، یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ یہ ایک فعلی عضو ہے اور بے کار عضو نہیں (آرتھر کیتھ) ۔

التہاب زائدہ کی بحث اسباب ۔ یہ مرض زمانۂ شیر خوارگی اور پیرانہ سالی میں شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے ۔ نوجوانوں اور متوسط عمر کے افراد میں یہ بہت کثیر الوقوع ہے ۔ التہاب زائدہ کے اسبابِ محرکہ کے متعلق صحیح صحیح کچھ معلوم نہیں، اور اس باب میں اُن کئی ایک دلچسپ خیالات پر بحث کرنے کی ضرورت نہیں جو مختلف مؤلفین نے پیش کئے ہیں ۔ جو عضویئے اور طفیلیئے (دود النخل: oxyuris vermicularis) اس میں پائے جاتے ہیں وہ اکثر معوی خطہ ہی کے رہنے والے ہوتے ہیں ۔

مرضی تشریح ۔ التہابی عمل مخاطیہ میں شروع ہو کر باہر کی جانب پھیلتا ہے، اور انجام کار باریطونی طبقہ کو ماؤف کر دیتا ہے ۔ ابتدائی درجہ ایک نازلتی التہاب ہے جو غشائے مخاطی میں پیدا ہوتا ہے، اور اس حالت میں جن نمونوں کا امتحان کیا گیا ہے ان میں عام طور پر چھوٹے چھوٹے منتشی دھبے اور بعض اوقات بہت چھوٹے چھوٹے قرحے بھی پائے گئے ہیں ۔ جب سرائت حاد ہوتی ہے تو نازلتی درجہ غشائے مخاطی کے وسیع یا عمومی تقرح میں بھی تبدیل ہو جاتا ہے ۔ جس کی وجہ سے 339
طبقات میں کسی نہ کسی مقام پر انثقاب واقع ہو جاتا ہے ۔ گاہے گاہے سرائت اتنی شدید ہوتی ہے کہ اس سے تمام طبقات ہی کی نہیں بلکہ تمام عضو کی بھی جسیم گنگرین واقع ہو جاتی ہے ۔ گنگرین زدہ دیوار جلد ہی پھٹ جاتی ہے اور مشمولات باہر نکل آتے ہیں ۔ جب سرائت کم قسشی ہوتی ہے تو نازلتی التہاب کا درجہ تحت الحاد یا مزمن التہاب میں تبدیل ہو جاتا ہے اور اس سے اس عضو کے تمام طبقات متاثر ہو جاتے ہیں، اور اس کے پھیلنے سے اس کی اپنی ماساریقا

اور ہم پہلو اعضا کی باریطونی سطحیں ماؤف ہو جاتی ہیں۔ ایسے اصابات میں التہابی عمل یکساں طور پر ترقی نہیں کرتا بلکہ کم و بیش طویل وقفوں کے بعد اس میں اشتدادات نمودار ہوتے ہیں۔ سریری طور پر یہ اصابات مرض کے بار بار عود کرنے سے ممیز ہیں۔

ملتہب زائدہ کا رجحان اردگرد کے اعضا سے جلد ہی منضم ہو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ انضمامات حفاظتی ہوتے ہیں، اور مرض زدہ عضو کو عمومی کہفۂ باریطون سے علحدہ کر دیتے ہیں۔ گاہے گاہے حاد طور پر ملتہب یا گنگرین زدہ زائدہ کی صورت میں ایسی استثنائی حالتیں پائی جاتی ہیں جن میں انتشاری عمومی التہاب باریطون واقع ہونے کے باوجود مرض زدہ عضو انضمامات سے بالکل آزاد ہوتا ہے۔ اس کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ کہفۂ باریطون میں زیادہ قشتی عضویوں کا سیلاب دفعتہً آجاتا ہے۔ اور ان کے جلد منجذب ہو جانے سے حاد تسمم الدم پیدا ہو جاتا ہے، جسکی وجہ سے حفاظتی باریطونی تعامل نمو نہیں پاسکتا۔ اس امر کی توجیہ کہ انثقاب سے ہمیشہ عمومی التہاب باریطون پیدا نہیں ہوتا اس طرح ہوتی ہے کہ محدود کرنے والے انضمامات کے پیدا ہونے کے لئے بالعموم وقت مل جاتا ہے۔

انضمامات کے پیدا ہونے کی وجہ سے التہاب زائدہ کے اصابات میں اکثر اوقات مختص المقام تکونِ خراج مشاہدہ میں آتا ہے۔ یہ یا تو حاد ابتدائی حملہ کے ساتھ ہی عمل میں آتا ہے، اور یا ایسے اصابہ میں دیکھنے میں آتا ہے جس میں اشتدادات رونما ہو چکے ہوں۔ ایسے چار اہم مقامات ہیں جن میں خراج زائدہ بالعموم پیدا ہوتا ہے۔ (ا) اعور کی اندرونی جانب پر جہاں کہفۂ رحم معائے صغیر کی منضم گنڈلیوں سے محدود ہو جاتا ہے۔ (ب) اعور کے بیرونی حصہ پر، اس کے اور مقدم دیوار شکم کے درمیان۔ (ج) کہفۂ حوض میں یا تو ڈگلس کی جیب میں، اور یا خلوی بافت کے مستویوں میں جو حوض کی دائیں دیوار کے اوپر واقع ہوتے ہیں۔ (د) اعور کے پیچھے۔ یہاں سے یہ یا تو گردہ کی طرف اوپر کا راستہ اختیار کر لیتا ہے، اور یا اس اتصالی بافت میں چلا جاتا ہے جو عضلہ حرقفیہ (iliacus) پر واقع ہوتی ہے (پس اعوری خراج: retrocæcal abscess)۔ یہ خراجات کہفۂ باریطون میں شاذ و نادر ہی پھٹتے ہیں۔ گاہے گاہے یہ امعاء میں یا شکم کی دیوار میں سے از خود خالی ہو جاتے ہیں یعض اوقات یہ کیسہ بند رہتے ہیں اور بتدریج عقیم ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ثانوی خراجات بعید مقامات پر مثلاً بائیں حرقفی خطہ یا زیر حجابی فضا (subdiaphragmatic space) میں بھی

بن جاتے ہیں۔

حاد التہاب زائدہ کے سریری خصائص۔ ابتداتقریباً ہمیشہ فوری ہوتی ہے' اور اس مرض کا حملہ ایسے افراد پر بھی ہوتا ہے جن میں سابق خرابی صحت کی کبھی کوئی امارت نہ پائی گئی ہو۔ علامات عموماً "شکم حاد" (acute abdomen) کے ہوتے ہیں' اور یہاں ان کے مفصل بیان کی ضرورت نہیں۔ مگر بعض اوقات علامات میں کوئی ایسی چیز موجود نہیں ہوتی جس سے شکم کی طرف توجہ مبذول ہو' اور مریضہ کی حالت شدید حموی تسمم الدم کی ہوتی ہے۔ ایسے غیر مثالی اصابات میں بھی بالعموم ایسے امارات موجود ہوتے ہیں جن سے مقامِ مرض کی تعیین ہو سکتی ہے' اور ان کی شناخت شکم کا باحتیاط امتحان کرنے سے کی جا سکتی ہے۔

شکمی امارات۔ ابتدائی مدارج میں دبانے سے عمومی یا ر مسعدی الیمیت ظاہر ہوتی ہے۔ اس کے بعد جلد ہی شکم میں عمومی ورم ظاہر ہو جاتا ہے' حرکاتِ تنفس میں نقص آجاتا ہے' مقامی الیمیت پائی جاتی ہے' اور دائیں عضلۂ مستقیم (rectus) میں استواری پیدا ہو جاتی ہے جس سے بالعموم اس کا حصۂ زیریں متاثر ہوتا ہے۔ اور بعض اصابات میں دائیں حرقفی خطہ میں ورم بن جاتا ہے۔

340 تمددِ شکم کی مقدار اتنی زیادہ نہیں ہوتی تاوقتیکہ عمومی التہاب باریطون کا اضافہ نہ ہو جائے۔ جب مختص المقام الیمیت ظاہر ہوتی ہے تو عمومی الیمیت میں بالعموم تخفیف ہو جاتی ہے' اگرچہ اختصاصِ مقام کسی حصہ کی بیشِ افزودہ الیمیت کی شکل میں بھی پایا جا سکتا ہے۔ سب سے زیادہ الیمیت کا مقام بالعموم اس رقبہ میں واقع ہوتا ہے جو زائدہ کے قاعدہ کے محل کا متناظر ہوتا ہے' لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ اگرچہ نقطۂ مکبرلی (McBurney's point) پر جو اس خط کی تنصیف کرنے سے حاصل ہوتا ہے جو ناف کو دائیں مقدم فوقانی حرقفی شوکہ سے ملاتا ہے عام طور پر زیادہ الیمیت محسوس ہوتی ہے' لیکن اس کو وہ تشخیصی اہمیت حاصل نہیں جو کسی وقت اس سے منسوب کی جاتی تھی۔ کئی اصابات میں الیم ترین مقام دائیں ضلعی محراب کے نیچے اور مرارہ کے اوپر' یا دائیں کلوی خطہ میں پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات سُرّی خطہ یا بایاں حرقفی خطہ سب سے زیادہ الیمیت کا مقام ہوتا ہے۔ پس اعوری (retrocæcal) اصابات میں الیم مقام اکثر اوقات ضلعی حرقفی فضا کے پچھلے حصہ میں پایا جاتا ہے' اور جب تک اس بات کو یاد نہ رکھا جائے ایک اہم تشخیصی امارت کے نظر انداز ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

عضلی استواری ایک بہت اہم امارت ہے۔ یہ ایک معکوس تشنج ہے جس کا فعل مفاظتی ہے، عضلات نیچے کے ماؤف رقبہ کی محافظت کیلئے طیار رہتے ہیں خفیف ترین استواری کا انکشاف مستقیم عضلات پر بیک وقت دونوں ہاتھوں کے ذریعہ سے بہت نرمی کے ساتھ جس کرنے سے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے۔ بعد میں عضلہ کی افزودہ تنش اور مزاحمت زیادہ آسانی سے معلوم کی جاسکتی ہے۔ یہ ایک ابتدائی امارت ہے اور اس لئے اہم ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ یہ ایسے وقت بھی پائی جائے جبکہ شکم کے حرکاتِ تنفس میں بظاہر کوئی رکاوٹ معلوم نہ ہوتی ہو۔

جب محافظ انضمامات کے نشو و نما پانے کے لئے وقت مل جائے تو اکثر اصابات میں دائیں حرقفی خطہ میں ایک ورم بن جاتا ہے اور ایسا انثقاب "گنگرین" یا عمومی التہاب باریطون کی شدید ترین حالتوں کے علاوہ تمام اصابات میں ہوتا ہے۔ مرض کے ابتدائی مدارج میں یہ ورم محافظ عضلی تشنج کے وجہ سے جس کے نیچے یہ بنتا ہے پوشیدہ رہتا ہے۔ اپنے خواص میں یہ ناقص التحدود اور نیم رنان ہوتا ہے اور اس کی جسامت، الیمیت اور لینگی اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ یہ بیشتر امعاء کی منضم گنڈلیوں پر مشتمل ہوتا ہے، جن کے درمیان کبھی کبھی پیپ کی ایک اختلاف پذیر مقدار بھی پائی جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں حوض میں ایک ورم بن جاتا ہے، اور اس کی شناخت مہبلی اور مستقیمی امتحان سے کی جاسکتی ہے۔ اس لئے اس امر کا ذہن نشین رکھنا ضروری ہے کہ مشکل اصابہ میں دو دستی امتحان سے مدد حاصل ہو سکتی ہے۔

حاد التہاب زائدہ کے بہت سے اصابات میں مرض میں از خود تخفیف ہو جاتی ہے، اور یہ مرض تقریباً ہمیشہ عود کرتا ہے، اور بعد میں ہونے والے حملوں کی شدت مختلف ہوتی ہے۔ اگر ابتدائی سرائت شدید ہو تو مریضہ کی حالت ابتر ہو جاتی ہے، اور اگر بذریعہ عملیہ اس کا علاج نہ کیا جائے تو حاد تسمم الدم یا عمومی التہاب باریطون سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

حاد التہاب زائدہ کا علاج۔ صحیح علاج یہ ہے کہ حاد التہاب زائدہ کی تشخیص کرنے کے فوراً بعد عملیہ انجام دیا جائے، اور اگر تشخیص میں کچھ شبہ ہو تو انتظار کرنے کی نسبت عملیہ کا انجام دینا بہتر ہوتا ہے۔ اس قسم کا قاعدہ وضع کرنے کی وجہ جواز یہ ہے کہ جب حاد التہاب زائدہ کے مریضوں کا علاج مرض کے ابتدائی مدارج میں کیا جاتا ہے تو یہ تقریباً ہمیشہ شفایاب ہو جاتے ہیں، اور اگر تاخیر کی جائے تو ہر گھنٹہ زندگی کے لئے زیادہ خطرناک ہوتا جاتا ہے۔ جب انثقاب، یا گنگرین یا انتشاری التہاب باریطون واقع ہو چکا ہو تو اتنا کہنا زیادتی ہیں

شامل نہ ہوگا کہ تاخیر کا ہر لمحہ مریضہ کے امکاناتِ شفا کے لئے خطرہ کا باعث ہوتا ہے۔ ابھی تک کوئی ایسا سریری طریقہ معلوم نہیں ہوا جس سے زائدہ کی صحیح حالت کی شناخت کی جا سکے۔ مرض کی حقیقی نوعیت اور اسکی اہمیت عملیہ ہی کے ذریعہ سے منکشف ہو سکتی ہے۔ اگر تشخیص غلط ثابت ہو تو شکم کے ایک معمولی استقصاء کے باقاعدہ طور پر سرانجام دینے میں کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ عملیہ کی 341
سرانجام دہی اور غلطی کا ارتکاب تذبذب میں مناسب موقع کو ہاتھ سے کھو دینے سے بہتر ہے۔

عملیہ۔ استیصالِ زائدہ کے طریقہ کا تذکرہ ایک آئندہ باب میں کیا جائے گا (دیکھو صفحہ 882)۔ مگر یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ تمام حاد عوارضِ شکم کا علاج کرنے میں جراح کا مطمحِ نظر یہ ہونا چاہیئے کہ اپنی مداخلت کو بالکل اسی حد تک محدود رکھے جس حد تک یہ اس کے لئے ناگزیر ہو۔ طویل المدت دست ورزیوں، مضبوط گرفت اور نزف سے باحتیاط احتراز کرنا چاہیئے۔ اور اگر کوئی خراج موجود ہو تو مجتمع ریم کو نکال کر مسیلیت کر دینا چاہیئے۔ اگر زائدہ کہفۂ خراج میں پڑا ہو تو اس کا تدارک کیا جا سکتا ہے، اور اگر یہ یہاں نہ ملے تو اس کو تلاش کرنے کے لئے خراج کی دیوار کو نہ توڑنا چاہیئے۔ یہ بہتر ہوتا ہے کہ کسی آئندہ دن دوسرا عملیہ کیا جائے اور زائدہ کو دور کر دیا جائے۔ مزید برآں اگر زائدہ کا محل معلوم ہو جائے اور التصاقات کی وجہ سے اسے اٹھا کر سطح تک نہ لایا جا سکے تو یہ بہتر ہوتا ہے کہ اس کا بتر کر دیا جائے اور ٹنڈ کو دفن کرنے کی کسی کوشش کے بغیر اس کے قاعدہ کی گک کر دی جائے۔ چونکہ امعاء کی دیوار حادالتہاب سے نہایت خستہ ہو جاتی ہے اس لئے یہ آسانی سے پھٹ جاتی ہے، اور دریدگی تک بخوبی رسائی نہ ہونے کی وجہ سے اس کو بند کرنا بعض اوقات غیر ممکن ہوتا ہے۔

آج کل بہت سے جراح ایسے زائدہ کو دور کرنے کے بعد جو منثقب نہ ہو شکم کو بغیر مسیلیت کے بند کر دیتے ہیں۔ جب پیپ کے اجتماعات موجود ہوں تو آزادانہ مسیلیت بلاشبہ ضروری ہوتی ہے۔

شدید التہابِ زائدہ کی مریضہ جس کو شدید تسمم الدم بھی ساتھ ہی ہو عملیہ کے کامیابی سے سرانجام ہونے کے بعد بھی خطرہ سے باہر نہیں ہوتی۔ عملیہ کے فوراً بعد ان عمومی قواعد کے مطابق ضرور علاج شروع کر دینا چاہیئے جن کا ذکر تسمم الدم کے اصابات کے لئے

کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 268)" اور جن تدابیر کو عمل میں لانے کا مشورہ دیا جاتا ہے' ان میں سے کوئی بھی مسلسل مستقیمی ملحی اصفاق (saline transfusion) سے زیادہ اہم نہیں۔

مزمن التہاب زائدہ ۔ حاد التہاب زائدہ کا حملہ ہونے اور اس کے رفع ہو جانے کے بعد اگر عملیہ نہ کیا جائے تو عود مرض تقریباً یقینی ہوتا ہے ۔ مکرر حملے شدت میں مختلف ہوتے ہیں اور یہ اکثر تحت الحاد یا خفیف بھی ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات مزمن التہاب زائدہ کے ایسے اصابات بھی دیکھنے میں آتے ہیں جن میں شدید حملہ کی روئداد نہیں پائی جاتی ۔

مرضی تشریح ۔ جو حالتیں دوران عملیہ میں دیکھنے میں آتی ہیں وہ زیادہ تر التہاب باریطون سے پیدا شدہ التصاقات ہیں' جن کے ہمراہ دیوار ہائے زائدہ میں دبازت اور تصلب بھی پایا جاتا ہے ۔ بعض مقامات پر زائدہ کے درونہ کے تنگ ہو جانے کی وجہ سے بعض اوقات مقامی التفاخات بن جاتے ہیں' اور بعد ازاں سرے میں اس تغیر کے واقع ہونے کا خاص طور پر زیادہ امکان ہوتا ہے ۔ اکثر اوقات زائدہ خمیدہ یا بل کھائے ہوئے ہوتا ہے' اور اس کی ماساریقا دبازت یافتہ ہوتی ہے ۔ اولین مدارج میں زائدہ کی سطح کے عروق مشربہ (injected) ہوتے ہیں' اور تمام عضو غیر طبعی طور پر استوار محسوس ہوتا ہے ۔ "مزمن زائدہ" کو کھول لینے پر اس میں برازی مادہ یا برازی حصات تقریباً ہمیشہ پائے جاتے ہیں ۔ اس قسم کے اصابات ابتدائی التہاب زائدہ کی صحیح مثالیں ہیں' خواہ زائدہ نلی' بیض' یا رحم سے منضم ہی کیوں نہ پایا جائے جیسا کہ اکثر ہوتا ہے ۔ اس حالت میں ان اعضا میں التصاقات کے علاوہ اور کوئی غیر طبعی حالت موجود نہیں ہوتی ۔

اکثر ایسا بھی ہوتا ہے کہ زائدہ نلی سے سرائت کے منتشر ہونے سے ماؤف ہو جاتا ہے' ایسی حالت میں یہ معلوم کرنا مشکل ہوتا ہے کہ آیا یہ ابتداً ماؤف تھا یا نہیں ۔ چنانچہ بعض اوقات یہ انبوبی اجتماع ریم (pyosalpinx) یا سرائت زدہ طبیضی دویرہ کی دیوار کے ساتھ گھنے التصاقات سے پیچیدہ ہوتا ہے ۔ جب اس قسم کی حالت دیرپا ہو جاتی ہے تو بعض اوقات زائدہ کے درونہ اور خراج کے کہفہ کے درمیان تفتیح سے ایک ناسوری راستہ بن جاتا ہے جیسا کہ ایک اصابہ میں ہوا تھا جس کا اندراج بلینڈ سٹن (Bland-Sutton) نے کیا ہے ۔ جن اصابات میں زائدہ اور دائیں نلی ماؤف ہوتے ہیں' درآنحالیکہ بائیں نلی اور بایاں بیض تندرست ہوتا ہے' ان میں قرین قیاس یہی ہوتا ہے کہ زائدہ ہی ابتداً ماؤف تھا ۔

سوزاک، یا سرائت سے پیدا شدہ یک جانبی التہابِ انبوبہ تقریباً نامعلوم ہے۔ لیکن یہ درنہ 342
(tubercle) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ اور جب صرف دائیں نلی اور زائدہ ہی ماؤف ہوں تو درنہ کے امکان کو ہمیشہ یاد رکھنا چاہیئے۔

سریری خصائص۔ مزمن التہابِ زائدہ کے علامات میں سے ایک دردِ شکم ہے جو لازمی طور مقامِ زائدہ سے مخصوص نہیں ہوتا، بلکہ برمعدی اور سُرّی خطوں میں اکثر محسوس ہوتا ہے۔ اس کا ممیز ترین خاصہ یہ ہے کہ اس میں بیّن حملوں کی شکل میں عود کرنے کا ایک نمایاں رجحان پایا جاتا ہے، اور یہ حملے چند دن تک یا صرف چند گھنٹوں تک باقی رہتے ہیں۔ درد کے حملہ کا بالعموم کوئی محرک سبب شناخت نہیں کیا جاسکتا۔ ان حملوں کے علاوہ اکثر اوقات شکم میں کم و بیش بیچینی یا حقیقی درد بھی محسوس ہوتا ہے جس میں حیض، تکان یا ورزش وغیرہ سے بہت سی زیادتی واقع ہوجاتی ہے۔ مزید برآں برمعدہ پر گرانی اور بدہضمی کے نمایاں علامات بھی اکثر پائے جاتے ہیں جو خاص کر بدیش نمک ترشگی (ہائیڈرو کلورک ایسڈ کی زیادتی (hyperchlorhydria; کی قسم کے ہوتے ہیں جو افرازات معدہ میں ترشہ کے بافراط موجود ہونے سے منسوب کی جاتی ہے۔ یہ ثابت کیا گیا ہے کہ معدی اور اثنائے عشری قروح اکثر اوقات مزمن التہابِ زائدہ کے ساتھ پائے جاتے ہیں، اور اس صورتِ حالات میں سریری کیفیت کی تفصیلات لازمی طور پر پیچیدہ ہوتی ہیں۔

جب مزمن التہابِ زائدہ کے ساتھ التہابِ حوض کی مزمن یا حاد حالتیں موجود ہوتی ہیں تو سریری خصائص میں ایک دوسرے رُخ میں تبدیلی واقع ہوجاتی ہے۔ ان دونوں حالتوں کا ایک خاصہ یہ ہے کہ ان میں دردِ شکم کے متوالی حملوں کی طرف رجحان پایا جاتا ہے، اور کثرتِ طمث، درد حیض، سیلانِ مواد، اور عقم کی حالتیں بھی بالعموم موجود ہوتی ہیں۔ جب علامات اُن علامات سے زیادہ شدید معلوم ہوں جو حوض کے خاص اعضا کے ضرر کی موجودہ مقدار سے متوقع ہوں تو زائدہ کو ماؤف تصور کرنا قرینِ عقل ہوتا ہے۔

جو طبیعی امارات مزمن التہابِ زائدہ میں پائے جاتے ہیں وہ چند ہی ہیں اور بخوبی واضح نہیں ہوتے۔ حوضی التہاب اور التہابِ زائدہ کے اصابات میں "خطّۂ زائدہ" میں اکثر اوقات الیمیت پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات عمیق جس پر ایک خاص دبازت محسوس کی جاسکتی ہے، جو اس حد تک مختص المقام ہوتی ہے کہ اسے زائدہ سے منسوب

کیا جاتا ہے۔ اگر معدہ اور معائے اثنا عشری بھی ماؤف ہو چکے ہوں تو ممکن ہے کہ ابیضیت شکل کے بالائی حصہ میں پائی جائے۔ اگر امتحان حوض سے نلیوں اور بیضین کی ایک خاص التہابی کلانی ظاہر ہوتی ہو تو زائدہ اور ورم کا تعلق بعض استقصائی عملیہ ہی سے معلوم کیا جا سکتا ہے۔

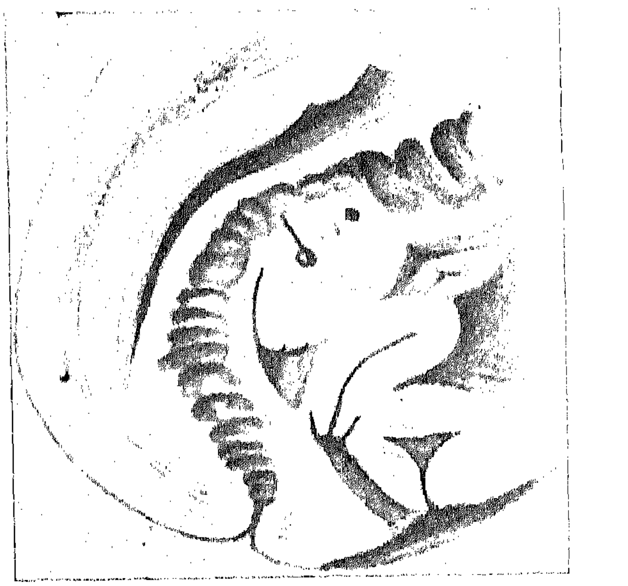
علاج۔ مزمن التہاب زائدہ کے مریضوں میں تمام طبی علاج بالعموم بے اثر ثابت ہوتا ہے، اور انجام کار عملیہ ہی کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس قسم کے زائدہ کو دور کرتے وقت عمومی جراح کو یہ بات ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ اس کے ساتھ ہی نلیاں اور بیضین بھی اکثر و بیشتر ماؤف ہوتے ہیں، اور ان کا احتیاط سے ضرور امتحان کرنا چاہیئے۔ اور اسی طرح ماہر امراض النسا کو بھی مزمن طور پر ملتہب ضمیمہ جات پر عملیہ کرتے وقت استقصائے زائدہ کو ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہیئے، اور جب کبھی اس میں کوئی غیر طبعی حالت موجود ہو تو اس (زائدہ) کو دور کر دینا چاہیئے۔

التہاب عطفہ

(DIVERTICULITIS)

"التہاب عطفہ" کی اصطلاح ان التہابی تغیرات پر مشتمل ہے جو عطفیت (diverticulosis) کی وجہ سے یا اس سے ثانوی طور پر پیدا ہوتے ہیں، اور عطفیت ایک ایسی حالت ہے جس میں معائے کبیر کی دیواروں میں فتقی جیبیں پائی جاتی ہیں۔ یہ جیبیں یا عطفے (diverticula) غشائے مخاطی کے بروزات ہیں جو معا کے عضلی طبقہ میں سے گزر جاتے ہیں، اور ان کا منتخب مقام حوضی قولون کا بالائی حصہ ہے۔ لہٰذا اس مرض کا
343 مطالعہ نظام غذائی کے کسی دیگر حصہ کی نسبت قولون کے حوضی حصہ کے سلسلہ میں زیادہ غور و خوض کے ساتھ کیا گیا ہے، اور اس لئے "التہاب عطفہ" (diverticulitis) اور "التہاب سینی" (sigmoiditis) مترادف اصطلاحات ہیں۔ جس طرح التہاب اعور (typhilitis) کی قدیم اصطلاح کی جگہ التہاب زائدہ (appendicitis) کی اصطلاح رائج ہو گئی ہے اسی طرح "التہاب سینی" (sigmoiditis) کی جگہ اب "التہاب عطفہ" (diverticulitis) کی اصطلاح مروّج ہے۔

جہاں تک التہاب عطفہ کی اصطلاح کے صحیح معنوں کا تعلق ہے اسکو علاحدہ بالاصل التہاب تک ہی محدود رکھنا چاہیئے کیونکہ امعاء کا بیش تکوئی التہاب علفات کی عدم موجودگی میں بھی پایا جاسکتا ہے۔ بہت اغلب ہے کہ التہاب قولون کی وہ قسم جس سے التہابی تودہ



شکل ۲۰۰ ۔ حوض کی انتصابی تراش کی ایک تصویر جو ثاقب التہاب عطفہ (Perforating Diverticulitis) کے ایک اصابہ سے لی گئی ہے۔ رودہ کی دیوار کچھ فاصلہ تک مضیق ہوگئی ہے اور ایک تنگ مجریٰ اس حصہ کے درونہ سے ملتہب بافت کے ایک تودہ تک جاتا ہے جو معاء اور رحم کے درمیان واقع ہے۔ ایک اور عطفہ کی عبوری تراش بھی دکھائی دیتی ہے۔ خلوی بافت کی سرائت زیادہ بڑے عطفہ سے واقع ہوئی ہے اور تمام سمتوں میں اس کے پھیلنے سے ایک کثیف التہابی تودہ بن گیا ہے۔ موخرنہ انبان ایک التہابی رشحہ سے پُر ہے (میکسویل۔ ٹیلنگ :Maxwell-Telling)۔

پیدا ہوتا ہے تقریباً ہمیشہ التہاب عطفہ ہی ہوتی ہو اور چونکہ یہ درونی قسم (intrinsic type) (دیکھو شکل ۲۰۰) ہی ہے جس سے ماہر امراض النسا کو سابقہ پڑنے کا سب سے

زیادہ امکان ہے اس لئے ہم "التہابِ عطفہ" ہی کی اصطلاح کو اپنے استعمال کے لئے موزوں ترین قرار دیں گے۔

التہابِ عطفہ عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ [۱۶ عورتوں کے مقابلہ میں ۲۵ آدمی (لوکہارٹ۔ ممری: Lockhart-Mummery)، ۲۹ عورتوں کے مقابلہ میں ۱۱ آدمی (سپرگس :Spriggs)]، مگر یہ امر کہ ان ۹۲ اصابات کے سریری اندراج میں سے جن کو میکسویل۔ ٹیلنگ (Maxwell-Telling) نے جمع کیا ہے ۴۸ عورتوں سے متعلق ہیں، یہ ظاہر کرنے کے لئے ایک کافی دلیل ہے کہ علم امراض النسا کی درسی کتاب میں اس عارضہ کا ضرور ذکر ہونا چاہئے۔ ٹیلنگ (Telling) کا یہ بیان ہے کہ "اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ سینی خم (sigmoid flexure) کو حوضی احشاء سے امراضیاتی تعلق ہے، اور آئندہ تحقیقات سے یہ معلوم کرنے میں مدد ملیگی کہ عطفات ضرراتِ حوض میں کس تواتر سے حصہ لیتے ہیں۔"

جہاں تک حوضی قولون کا تعلق ہے فریزر (Fraser) نے ۱۸۹۶ء میں اس حالت کو بہت اہمیت دی تھی۔ 344
مائینی ہان (Moynihan) نے اس ملک میں اس عارضہ کے پہلے اصابہ کی اشاعت ۱۹۰۷ء میں کی[۱] اور اس نے "معائے کبیر میں مرضِ خبیثہ کے تشبُّہ (mimicry) کے پائے جانے کے متعلق اظہار کیا" اور اس کے بعد میکس ویل ٹیلنگ (Maxwell-Telling) نے اس حالت کا ایک مفصل بیان مرتب کیا ہے[۲]۔

قولونِ سینی کی غشائے مخاطی کے عطفات اکثر رودہ کے انحداب کے قریب پائے جاتے ہیں۔ ان کا رجحان کثیر التعداد ہونے اور دو قطاروں میں واقع ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ اکثر مخاطیہ کے فتقی بروزات کی شکل کے ہوتے ہیں جو زوائدِ ثربی (appendices epiploicæ) میں چلے جاتے ہیں۔ باہر کی طرف سے یہ تنگ گردنوں والے صراحی نما اجسام کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں۔ ان کے اور درونہ معاء کے درمیان جو رابطہ ہوتا ہے وہ بالکل چھوٹا سا ہوتا ہے، اور بعض اوقات معاء کی گنڈلی کی غشائی شکنوں میں سے کئی ایک کے نیچے چھپا ہوتا ہے جیسے (۱) غیر طبعی کمردرا پن،

---

۱ Brit. Med. Jour., 1907, ii, 138; Edin. Med. Jour., 1907.

۲ "Acquired Diverticula" etc. Telling and Gruner, Brit. Jour. of Surg., iv., 1916—17.

(۲) چربی کی غیر طبعی مقدار، (۳) طولانی بندوں کا تشنجی انقباض پایا جاتا ہے۔ ان عطفوں کی جسامت بعض اوقات صرف خرد بینی ہوتی ہے، اور یہ کبھی زیادہ بڑے نہیں ہوتے، اور ان میں بالعموم براز تغلظ (inspissation) کے مختلف مدارج میں پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ اپنی پتلی گردن کے مقام پر معاء سے علیحدہ ہو جاتے ہیں۔ اور آزاد اجسام غریبہ کی شکل میں حوض کے فرش پر پڑے رہتے ہیں۔

بحث اسباب۔ ان غشائی بروزات کے پیدا ہونے کا سبب امعاء کے اندر کے دباؤ کی زیادتی ہے جو براز کے جمع ہونے اور گیس کے دباؤ سے پیدا ہوتی ہے۔ حوضی قولون میں براز کا رکود سب سے زیادہ ہوتا ہے، اور یہی وجہ ہے کہ معاء کا یہ حصہ نہایت کثرت سے متاثر ہوتا ہے۔ سپرگس (Spriggs) ملینات کے عادتی استعمال کو ان کا سبب بتاتا ہے۔ ہر وہ چیز جو امعاء کے عضلی نظام کے فعل میں رکاوٹ پیدا کرتی ہے یا اسے کمزور کرتی ہے اس مرض کی پیدائش میں حصہ لیتی ہے، مثلاً یہ کہا جاتا ہے کہ استرخائے احشاء سے غذائی عضلی نظام میں عمومی ضعف اور ارتخا پیدا ہو جاتا ہے۔ اس قسم کی کمزوری کا ایک اور سبب فربہی ہے، اور یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جن امعاء میں چربی جمی ہوتی ہیں اُن میں اُن امعاء کی نسبت جن کی ماساریقا پتلی ہوتی ہے عطفات بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ پیرانہ سالی بھی اس عارضہ کے مساعد اسباب میں سے ہے، اور بڑھاپے میں اس مرض کے بکثرت پائے جانے سے تفریقی تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ ٹیلنگ (Telling) کے قول کے مطابق ۳۵ سال سے کم عمر کے مریضوں میں اس مرض کی موجودگی پر زیادہ غور کرنے کی ضرورت نہیں ہوتی، اکثر اصابات میں عمر ۴۰ تا ۶۵ سال کے درمیان ہوتی ہے۔ لوکہارٹ ممری (Lockhart-Mummery) کے اہم اصابات میں اوسط عمر ۶۰ اور کم سے کم عمر ۴۲ تھی۔

ماہرین امراض النساء ہونے کی وجہ سے ہمیں ابتدائی ضرر کی نسبت ان ثانوی امراضیاتی اعمال سے زیادہ سابقہ پڑتا ہے جو قولونی عطفات کے سلسلہ میں واقع ہوتے ہیں۔ اور یہ امر ضرور تسلیم کرنا چاہیئے کہ بعض اوقات معتدبہ جسامت کا ایک تودہ بھی بن جاتا ہے۔ اور جو التہابی تغیرات عطفات کے بننے کے بعد ظہور میں آتے ہیں ان سے پیدا شدہ علامات کا مطالعہ کرنا ضروری ہے۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ حوضی قولون کے

خطہ میں مزمن التہاب باریطون نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ ٹیلنگ (Telling) نے بیان کیا ہے کہ بائیرم رابنسن (Byrom Robinson) نے ۸۰۰ امتحاناتِ میت میں ۸۵ فیصدی عورتوں میں یہ حالت موجود پائی۔ اس بارے میں ابھی تک تحقیقات نہیں کی گئی کہ امر مذکور کس حد تک قولون سینی کے عطفات سے متعلق ہے، کیونکہ ایسے بہت سے عطفات ہوتے ہیں جن کا انکشاف خالی آنکھ سے نہیں کیا جا سکتا۔ بہرکیف منضم حوضی قولون کی دبازت ایک کافی عام مشاہدہ ہے اور یہ دبازت معتدبہ جسامت کے ایک ڈوکی تودہ پر منتج ہو سکتی ہے۔

ماہر امراض النسا کو یہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ اس قسم کا مزمن طور پر ملتہب حوضی قولون کبھی نہ کبھی اس کے مشاہدہ میں ضرور آئیگا، اور ان اصابات کی ایک بڑی تعداد میں التہاب کا سبب یا تو سابق الوجود عطفیت (diverticulosis) ہوتی ہے اور یا مخاطیہ کا اکتسابی فتقی بروز ہوتا ہے جو معاء کے عضلی طبقہ میں سے گزر جاتا ہے۔ 345

سریری خصائص۔ حوضی قولون کے التہاب کے سریری خصائص مندرجہ ذیل ہیں:-

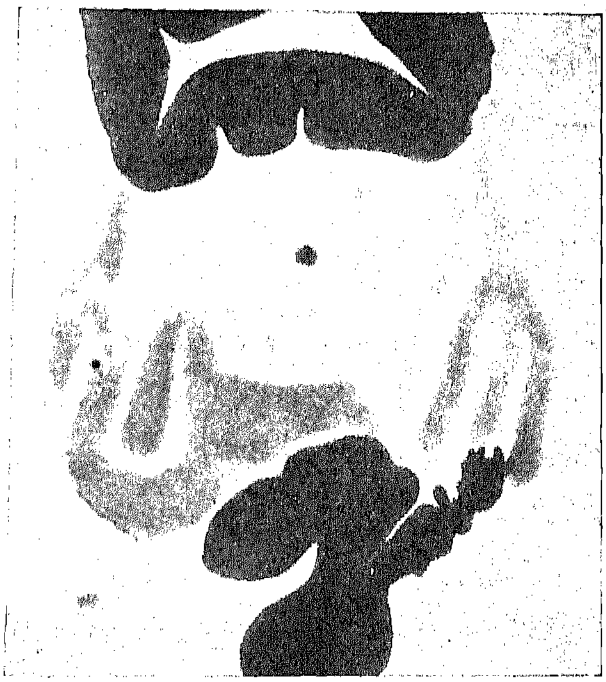
(۱) درد۔ متوالی قسم کے قولنجی درد کی جو بائیں حرقفی حفرہ میں محوّل ہوتا ہے ایک طویل روئداد موجود ہوتی ہے۔ درد کے ساتھ بالعموم قے نہیں ہوتی۔

(۲) الیمیت۔ یہ حوضی قولون کے اوپر محسوس کی جاتی ہے، اور اس کے ساتھ بائیں طرف بر شکمی عضلات میں استواری پائی جاتی ہے۔

(۳) "سلعہ"۔ ایک مستطول ورم پوپارٹ کے رباط سے اوپر اور اس کے متوازی واقع ہوتا ہے، جسکی جسامت بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے، اور یہ غلطی سے جیبینی یا رحمی تو بالیدہ تصور کیا جا سکتا ہے۔ یہ تودہ عام طور پر الیم اور مثبت ہوتا ہے۔ اس کی جسامت میں بعض اوقات اختلاف واقع ہوتا رہتا ہے حتیٰ کہ کچھ وقت کے لیۓ یہ غائب بھی ہو جاتا ہے۔ اس کی یہ اختلاف پذیری اپنے طبعی مظاہر کے لحاظ سے تشخیصی نقطۂ نظر سے بہت عظیم الاہمیت ہے اس کے غائب ہونے کا سبب بعض اوقات یہ ہوتا ہے کہ اس میں پیپ پیدا ہونے کے بعد مثانہ متثقب ہو جاتا ہے۔ تراج کے نتیجے اور بیٹھنے سے شدید علامات کا اضافہ ہو جاتا ہے، جن سے پہلے خفیف سے ضربہ مثلاً دوران اجابت میں کانکھنے، یا موٹر وغیرہ میں ہچکولے کھانے یا بھاری وزن اٹھانے وغیرہ کی روئداد موجود ہوتی ہے۔ اس حالت میں اصابہ کا سریری پہلو التہاب زائدہ کے مشابہ ہوتا ہے۔ جن ۳۲۴ اصابات کی

جانچ پڑتال ٹیلنگ (Telling) نے کی ہے ان میں سے ۱۰ فیصدی میں عمومی التہاب باریطون واقع ہوا تھا اور ۶ ر۱۰ فیصدی میں مثانہ کے ساتھ ناسوری ربط قائم ہو گیا تھا۔

موضعی علامات ۔ قولون کے التہاب اور زنانہ اعضائے تناسل کے امراض کے درمیان



شکل ۲۰۱ - اس لاشعاعی تصویر میں بہت سے ایسے سائے دکھائی دیتے ہیں جو بیریم کے حقنہ کے بعد قولون سینی کے عطفات کی وجہ سے پیدا ہوئے ہیں (میکسویل ٹیلنگ -(Maxwell-Telling:

346 جو تعلق ہے وہ عمیق مطالعہ کا مستحق ہے۔ پولین (Poulain) نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ التہاب انبوبہ اور التہاب عطفہ اکھٹے واقع ہو سکتے ہیں، اور اس حالت میں یہ ایک دوسرے کی شدت کو بڑھا دیتے ہیں۔ التہاب عطفہ (diverticulitis) وریدی التہاب (phlebitis) اور بائیں رباط عریض کے التہاب کے ساتھ بھی پایا جا چکا ہے۔ اس حالت میں علامات رحم یا ضمیمہ جات رحم کے متلازم ضرر کے متناظر ہوتے ہیں۔ جیسا کہ شکل ۲۰۰ (صفحہ 348) سے ظاہر ہوتا ہے،

بعض اوقات ایک واضح سا محدود گرہ دار تودہ کسی قابلِ لحاظ تنگیق کے بغیر موجود ہوتا ہے' اور اس تودہ کو بیرونی اور ورم کے عوارض سے تمیز کرنا ضروری ہوتا ہے۔ قولونی الاصل ورم حوض کے کئی ایک ایسے اصابات درج کئے جا چکے ہیں جن میں امعاء سے متعلق علامات موجود نہیں تھے' اور ٹیلنگ (Telling) کا یہ خیال ہے کہ حوض کے بائیں زیریں ربع میں واقع شدہ جملہ التہابات وسلعات کی تفریقی تشخیص کرتے وقت التہاب عطفہ (diverticulitis) کا لحاظ رکھنا چاہیئے۔

تشخیص۔ سینیہ بین (sigmoidoscope) کا استعمال مایوس کن ثابت ہوا ہے۔ عطفوں کے دہنوں کی شناخت اس لیے مشکل ہوتی ہے کہ یہ غشائے مخاطی کے نیم قمری شکنوں کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ بیریئم کا حقنہ کرنے' یا بسمتھ کی غذا دینے کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ سے امتحان کرنے سے ایسے عطفات کا انکشاف ہوسکتا ہے جو پہلے ہی مغلظ براز سے پُر نہ ہوں (دیکھو شکل ۲۰۱)۔ التہاب عطفہ اور سرطان کی تفریقی تشخیص میں مندرجہ ذیل امور کا خیال رکھنا چاہیئے:—

التہاب عطفہ میں (ا) شکم کے بائیں حصہ میں مدت سے درد ہونے کی روئداد موجود ہوتی ہے لیکن مریض کے تغذیہ میں کمی نہیں پائی جاتی' (ب) ایک ورم موجود ہوتا ہے جو کبھی ظاہر ہوجاتا ہے اور کبھی غائب' (ج) بعض اصابات میں لاشعاؤں سے عطفات ظاہر کئے جاسکتے ہیں' اور (د) ارتفاع تپش کے حملے پائے جاتے ہیں۔

حوضی قولون کے سرطان میں (ا) لاغری بعض اوقات ابتدا ہی میں نمایاں ہوجاتی ہے' (ب) درد اور الیمیت کافی دیر کے بعد ظاہر ہوتے ہیں' (ج) ورم میں کوئی عارضی تخفیف واقع نہیں ہوتی' (د) تقیح اور تکوینِ خراج کا نہایت ہی کم احتمال ہوتا ہے۔ ہمارے اپنے بعض اصابات میں عطفیت (diverticulosis) سے جو ثانوی التہاب نمودار ہوا وہ اس قدر منتشر تھا کہ اس کے خصائص پس بار یطونی لحمی سلعہ (retro-peritoneal sarcoma) کے مشابہ دکھائی دیتے تھے۔ بعض اصابات میں یہ بائیں رباطِ عریض کے قاعدہ پر کی منتشر درون رحمیت (endometriosis) سے ملتا جلتا ہے۔ تدریجی التہاب باریطون کی مکوّن (formative) یا بیش تکوینی (hyperplastic) قسم ایک دوسرا عارضہ ہے جو التہاب عطفہ کے متاخر نتائج کے مشابہ ہوسکتا ہے۔ التہاب عطفہ کے بعض اصابات میں التہابی بافت میں عفریتی خلیات (giant-cells) کے پائے جانے سے

تدرن کی تشخیص میں غلطی ہو چکی ہے۔

علاج۔ اگر مرض کافی جلد شناخت کر لیا جائے تو قولون کے جس قطعہ میں عطفات موجود ہوں اس کو کاٹ کر علیحدہ کر دینا چاہئے۔ بعد میں رودہ کو دور کرنا غیر ممکن ہو جاتا ہے کیونکہ یہ ثانوی التہاب کی وجہ سے ملتبت ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں اگر کچھ فائدہ ہو سکتا ہے تو وہ صرف قولون شگافی (colotomy) ہی سے ہو سکتا ہے۔

تشخیص اور علاج کے متعلق مزید معلومات حاصل کرنے کے لئے دیکھو "Diverticulitis and its Surgical Treatment," J. P. Lockhart-Mummery, *Lancet*, February 27th, 1926; E. I. Spriggs and O. A. Marxer, "Intestinal Diverticula," *Quarterly Journal of Medicine*, 1925, xix., 79; W. J. Mayo, *Annals of Surgery*, 1930, October, 790.

حصّۂ سوم

خطّی امراضُ النسا

حصّہ سوم ۔ باب اول

349 فرج اور عجان کے امراض

حاد التہابِ فرج
(ACUTE VULVITIS)

اُن التہابی اعمال کے تواتر کے مقابلہ میں جو تناسلی خطہ کے بالائی حصہ میں پائے جاتے ہیں فرج کے حاد التہابات نسبتۃً قلیل الوقوع ہیں۔ فرج کا التہاب مہبل اور عنقی دروں رحمہ کے التہاب کے ساتھ تقریبًا ہمیشہ پایا جاتا ہے۔ بہت سے اصابات میں یہ اُن سرائت زدہ موادوں کے پہنچنے سے پیدا ہوتا ہے جو اوپر سے آتے ہیں' اور سر حلمہ پر سے مسلسل گذرنے کی وجہ سے اسے اس قابل بنا دیتے ہیں کہ عفونتی اور دیگر سرائتی مبعثات اس میں بآسانی نفوذ کر جاتے ہیں۔ چنانچہ متنخر رحمی سلعات سے عفونتی دروں رحمی التہاب' التہابِ مہبل' اور التہابِ فرج بار بار پیدا ہو سکتا ہے۔ بولی ناسور عفونتی موادات کا ایک منبع ہوتے ہیں' اور یہ موادات فرج پر ایک بہت انسحاجی اثر پیدا کرتے ہیں۔ تقیحی التہابِ مبال اسی طرح اثر کرتا ہے۔

التہابِ فرج ذیابیطس سے بھی اسی طرح پیدا ہو سکتا ہے۔ شکر دار پیشاب مختلف فُطرات' مثلاً قلاع (thrush) (یولیئی فطر :oidium)' مونیلیا پرسون (Monilia Persoon) یا ارتعاشی شعریہ (Vibriothrix) سے سرائت پیدا ہونے میں مدد دیتا ہے' (کیسٹلانی :Castellani)[1] اور ان فطرات میں سے ہر ایک التہابِ فرج پیدا کر سکتا ہے۔ برازی ناسورات' مکمل عجانی دریدگی اور لواسیر سے بھی حاد التہابِ فرج بالواسطہ

[1] Castellani and Taylor, "Vaginal Monilias," *Jl. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, Vol. 31, No. 1, 1925.

پیدا ہو سکتا ہے۔

چونکہ فرج کی جلد پر ایک دبیز محافظ سرحلمہ موجود ہوتا ہے اسلئے حاد التہابِ فرج کے پیدا ہونے سے پہلے یہ ضروری ہے کہ تسلسل سطح منقطع ہو جائے۔ خراش آور مواد ات اور بلا واسطہ ضرب مثلاً مساحقت یا زنا بالجبر سے ایسا ہو سکتا ہے۔ بچوں میں التہابِ فرج سوزاک سے بہت آسانی سے پیدا ہو جاتا ہے کیونکہ ان میں سرحلمہ باریک اور نازک ہوتا ہے اور اس لئے بالغ عورتوں کے سرحلمہ کی نسبت عضویوں کے لئے یہ کم نفوذ ناپذیر ہوتا ہے۔

فرج کے التہابِ حاد کے مختلف سریری اور امراضیاتی اقسام کو مندرجۂ ذیل عنوانات کے تحت تقسیم کرنا مناسب ہوگا۔

(ا) زہراوی مرض۔ نیتقۂ سوزاک (Gonococcus) حاد التہابِ فرج کا عام ترین سبب ہے، اور ۷۵ فی صدی سے زائد اصابات میں مرض کا باعث یہی ہوتا ہے (جیشکے :Jaschke)۔ سوزاکی التہابِ فرج کے بیان کے لئے مطالعہ کنندہ کو "نسوانی سوزاک" کا باب دیکھنا چاہئے (دیکھو صفحہ 286)۔

آتشکی التہابِ فرج لوعی قروح اور فلطاحی سلعات (condylomata) کا ایک نادر الوقوع لازمہ ہے (دیکھو "آتشک" صفحہ 300)، اور "قرحہ لیّن" ("Ulcus Molle") یا "نرم قرحہ" ("Soft Sore") حاد التہابِ فرج کے ساتھ قلیل الوقوع نہیں ہے۔ شفرتین صغیر متورم اور متہیج ہوتے ہیں، اور کثیر المقدار افراز سے تر پائے جاتے ہیں۔ غدد اربی بالعموم کلانی یافتہ اور درد خیز ہوتے ہیں۔

(ب) غشائی التہابِ فرج۔ یہ بالعموم نبقی سبحی سرائت (streptococcal infection) سے پیدا ہوتا ہے، لیکن کلیبس لوفلر (Klebs-Loffler) کے عصیہ سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ شفرتین ملتہب اور متورم ہو جاتے ہیں، اور رمدی مائل سبز غشا کی جھلیاں جابجا پیدا ہو جاتی ہیں جو انجام کار تمام فرج کو اور یا اس کے ایک بڑے حصہ کو ڈھانک لیتی ہیں۔ صادق ڈفتھیریائی غشا چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں کی شکل میں اتر جاتی ہے، لیکن نبقی سبحی التہابِ فرج میں بڑے بڑے زرد غشیئے (sloughs) علیحدہ ہو جاتے ہیں۔ جب تک کہ یہ حالت گنگرینی التہابِ فرج میں تبدیل نہیں ہو جاتی غشائے مذکور جلد کی محض سطحی تہوں ہی سے مرکب ہوتی ہے، لیکن جب ایسا ہو جاتا ہے تو بعض شحمی بافتوں کے گہرے حصے بھی ماؤف 350

ہو جاتے ہیں۔ غشائی التہاب فرج سے بعض اوقات فرج کی سطحی یعنی انسدادی (superficial atresia) پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج۔ عضویہ کی تفرید کرنے کے بعد مناسب مصل کا استعمال کرنا چاہئے۔ مقامی طور پر ان حصوں کے لئے فینال (phenol)، بن آئیوڈائیڈ آف مرکری (biniodide of mercury)، فلیوین (flavine)، مرکیوروکروم (mercurochrome)، برلیئینٹ گرین (brilliant green) اور میتھل وائیولیٹ (methyl violet) یا "ڈٹال" ("Dettol") کے محلولات کا استعمال کرنا چاہئے۔

(ج) سرخبادی التہاب فرج (Erysipelatous vulvitis) خلوی جلدی بافتوں کے انتشاری فلغمون کی ایک شکل ہے، اور یہ منتشر تقیحی خلوی التہاب اور وسیع خراج پیدا کرتا ہے۔ یہ عارضہ خون باش نبقیہ سبحیہ کی سرائت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ مریضہ کی قوت کو مہیجات سے برقرار رکھا جائے، اور مصل دافع نبقات سبحیہ (antistreptococcal serum) کا استعمال کیا جائے۔ ماؤف رقبہ پر برلیئینٹ گرین یا کرسٹل وائیولیٹ کے مروخ (liniment) کا طلا کرنا چاہئے، اور گاز کے رفادوں سے جو گلیسرین سے تر ہوں تکمیہ کیا جائے۔

(د) قلاعی التہاب فرج (Aphthous vulvitis) بعض اوقات ناقص التغذیہ بچوں میں، اور جوان عورتوں میں دوران حمل میں، اور طویل المدت اور مہلک مرض کے اختتام پر دیکھنے میں آتا ہے۔ اس کے علامات جن سے یہ شناخت کیا جاتا ہے چھوٹے چھوٹے سفید منضم قطعے ہیں جن کے اردگرد سرخی کا ایک منطقہ موجود ہوتا ہے، اور جن کے ساتھ ہی فرج کا تہیج بھی پایا جاتا ہے۔ یہ سفید قطعے بعض اوقات بیضی فطر بیضیا (oidium albicans) کے جال کی سطحی بالیدیہ مشتمل ہوتے ہیں، لیکن کیسٹلانی (Castellani) اور فرینک ٹیلر (Frank Taylor) اور دوسرے محققین کی رائے کے مطابق ایسے دوسرے کئی ایک فطرات بھی ہیں جو اسی قسم کا اثر رکھتے ہیں، اور ان میں سے سبحیہ (monilia) کی جنس سے تعلق رکھنے والے خاص طور پر قابل ذکر ہیں۔

علاج۔ مقامی حالت ٹنکچر آئیوڈائی (Tinct. iodi) کے لگانے اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ کے کھلانے سے بالعموم جلد درست ہو جاتی ہے۔

(۳) گنگرینی التہابِ فرج (Gangrenous Vulvitis)۔ یہ مرض شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے، لیکن حمیٰ نفاسیہ کے دوران میں یہ فرج کی کسی دریدگی کے عصیۂ ویلچ (bacillus Welchii) سے سرایت زدہ ہونے سے بعض اوقات پیدا ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی یہ سرخبادہ، دفتیریا، زہراوی سرایت، چیچک اور ٹائیفس (typhus) میں بھی واقع ہو جاتا ہے۔ مقامی درد بہت سخت ہوتا ہے اور اس کے ساتھ ہی شدید عمومی تسمم الدم بھی موجود ہوتا ہے۔

گنگرینی التہابِ فرج کی ایک قسم جو آکلۃ الفرج (Noma) کے نام سے موسوم ہے عام طور پر زمانۂ طفولیت میں کسی نوبتی مرض کے حملہ کے دوران میں اور یا اس کے بعد عارض ہوتی ہے۔ یہ مرض بالعموم یک جانبی ہوتا ہے۔ ایک طرف کا شفرہ متورم ہو جاتا ہے، اور تفلیب کے ایک رقبہ پر ایک تاریک نشان نمودار ہو جاتا ہے جس پر پہلے آبلے اور پھپھولے اور بعد میں تقرح اور گنگرین پیدا ہو جاتے ہیں۔

مقامی علاج گنگرین زدہ رقبہ کا آزادانہ استیصال کرنے اور ان سطوح پر سلفیورس ایسڈ (sulphurous acid) کا طلا کرنے پر مشتمل ہے۔ اس کے بعد دافع عفونت تکمیدات یا گلیسرین کے رفادوں (compresses) کا استعمال کرنا چاہئے، اور انہیں ہر چار گھنٹہ کے بعد بدلنا چاہئے۔ عمومی علاج خود زاد جدریوں اور مناسب مصلوں کا استعمال کرنے اور مریضہ کی طاقت کو برقرار رکھنے پر مشتمل ہے۔

دوسرے اور مختلف الاقسام حاد یا تحت الحاد جلدی انفراتات بھی ہیں جو کہ بسا اوقات خطۂ فرج کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ یہ یا تو خالصۃً مقامی ہوتے ہیں، اور یا یہ منتشر امراض کے مقامی مظاہر ہوتے ہیں جو دوسرے اعضا کو بھی اسی طرح ماؤف کرتے ہیں۔ ان عنوانات کے تحت مندرجۂ ذیل عوارض کا ذکر کیا جا سکتا ہے۔

(۱) شلہ (Herpes)۔ کسی ایک شفرہ کے اوپر آبلوں کے گروہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ جو بعض اوقات متحد ہو کر پھپھولوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ انجام کار یہ قاشی ہو جاتے ہیں، اور منشق ہو کر خشک ہو جاتے ہیں۔ آبلوں کے بننے سے پیشتر شفرہ میں بہت درد ہوتا ہے، اور درجۂ ثوران میں سخت کھجلی اور خراش ہوتی ہے۔ بسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) (۱ ڈرام) اور لینولین (lanoline) (۱ اونس) سے مرکب مرہم لینٹ پر پھیلا کر حصۂ ماؤفہ پر

لگانا چاہیئے۔

351 (ب) دمیلیت (Furunculosis)۔ شفرتین کبیر پر دمیلیت شفری جرابات کے سرائت زدہ ہونے، کھٹر پیچوں، اور کنی (acne) سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ بعض اوقات خرابی صحت کی علامت ہوتی ہے۔ چھوٹے چھوٹے قوانچ پر سپرٹ میں بنائے ہوئے آیوڈین کے ۲ فی صدی محلول کا طلا کرنا چاہیئے۔ دملوں پر ٹنکاف دیگر دافع عفونت تکسیہ کر دینا چاہیئے۔ سرائت کے مکرر حملہ کو روکنے کے لئے مینگینیز (manganes)، قلعی (tin)، ("اسٹینا کسل" "Stannoxyl") اور خود زاد جدرین کے استعمال کی سفارش کی جاتی ہے۔

(ج) تسمیط (Intertrigo) اس خطہ کا عام ترین ضرر ہے، اور یہ فربہ اور غلیظ مریضوں میں شفرۂ کبیرا اور تناسلی فخذی تجویف (sulcus genito-femoris) کی سطحی سرخی کی شکل میں دیکھنے میں آتا ہے۔ موسم گرما میں یہ مرض نہایت کثیر الوقوع ہوتا ہے، اور اس سے کھجلی اور درد پیدا ہوتا ہے۔ تسمیط کے مریضوں کو ہر روز غسل کرنا چاہیئے، اور ماؤف حصوں کو سپرٹ میں بنائے ہوئے ریسورسین (resorcin) کے $\frac{1}{2}$ فی صدی غسول سے دھو کر ان پر زنک آکسائیڈ اور بورک ایسڈ کی برابر مقدار سے مرکب سفوف چھڑکنا چاہیئے۔

صدفیہ (psoriasis) اور رخوت متعدی (molluscum contagiosum) نادر الوقوع امراض جلد ہیں۔

مزمن التہاب فرج

(CHRONIC VULVITIS)

فرج کا مزمن التہاب مذکورہ سابقہ حاد اعمال کے عاقبہ کے طور پر واقع ہوتا ہے، اور سوزاک میں یہ خاص طور پر پایا جاتا ہے جس میں فرج کی مسلسل خراش اخس سرائتی مواد سے پیدا ہو سکتی ہے جو عنق سے آتا ہے۔ عنوان بالا میں بعض نمایاں سریری حالتیں، مثلاً اکزیما (eczema)، بیاضی سطحیت (leucoplakia)، پژمردگی فرج (kraurosis)، ذیابیطسی التہاب فرج اور حکۃ الفرج (pruritis vulvæ) بھی شامل ہیں۔

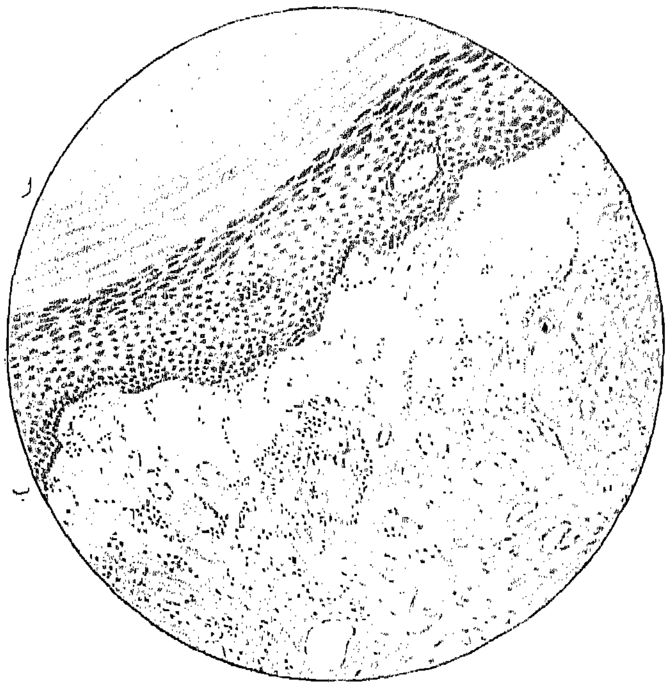
فرج کا اکزیما (Eczema Vulvæ) بالعموم شفرتین کبیر کی اندرونی سطح پر

بثوری ثوارن کی شکل میں شروع ہوتا ہے، لیکن یہ شفرتین صغیر اور فرج کے منتشر حصوں پر بھی پایا جاتا ہے۔ بثور آبلہ نما ہو جاتے ہیں، اور ان میں تقشر نمودار ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک مرطوب سطح باقی رہ جاتی ہے جس کے ارد گرد جلد ہی سرخ رنگت کا ایک منطقہ تیار ہو جاتا ہے۔ حاد اصابات میں یہ احمراری منطقہ دور تک پھیل جاتا ہے، اور عجان اور رانوں کی اندرونی جانبوں تک پہنچ جاتا ہے۔ بہت مزمن اصابات میں ماؤف رقبے خشک ہو جاتے ہیں اور ان پر چھلکے بن جاتے ہیں، اور ان میں اکثر بیشتر سا پرورش پائی جاتی ہے۔ حاد مدارج میں درد اور مزمن مدارج میں کھجلی اور جلن (حکّہ :pruritis) پائی جاتی ہے۔ کھجلی سے تسکین حاصل کرنے کیلئے ماؤف حصوں کو مجبوراً کھرونچا اور ملا جاتا ہے، اور اس طرح خراشیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں جو کچھ وقت گزرنے پر سرائت زدہ ہو جاتی ہیں۔ اس سے بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ مرض کے حقیقی مناظر ان ثانوی ضررات کے نیچے پوشیدہ ہو جاتے ہیں جو ضرب اور سرائت سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ اگر ممکن ہو سکے تو اکزیما کے سبب، مثلاً کسی مہیجی مواد یا کسی حساسیتی حالت (allergic state) کا انکشاف کرنے کے بعد اس کا مناسب ذرائع سے علاج کرنا چاہئے۔ حاد درجہ میں بستر میں آرام کرنا ضروری ہوتا ہے۔ مریضہ کو ۹۵ ف تپش کے پانی سے غسل دینا چاہئے جس میں ایک ایک اونس سوڈا بائی کاربونیٹ اور پوٹاشس بائی کاربونیٹ ملایا گیا ہو۔ اس سے کھجلی کو تسکین ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد ماؤف حصوں پر مسکن ادویہ لگائے جائیں۔ لائکوار پلمبائی سب ایسی ٹیٹس (Liq. plumbi subacetatis) (۱ ڈرام) اور ایسڈائی سیلی سلیسائی (Acidi Salicylici) (۵ گرین) ایک اونس دودھ میں حل شدہ میں لنٹ تر کر کے استعمال کرنے کی سفارش کی گئی ہے۔ اور یا سیلی سلک ایسڈ (salicylic acid) ۲۰ گرین اور زنک یا بسمتھ آکسائیڈ ۳ ڈرام اور لینولین (lanoline) ۱ اونس سے مرکب مرہم لنٹ لگا کر استعمال کیا جائے۔ فرج کے وسیع اکزیما کے بعض اصابات بہت دشوار علاج ہوتے ہیں۔ جن حالتوں میں شدید مقامی خراش، مسلسل کھجلی، اور نیند نہ آنے سے عمومی صحت پر خراب اثر پڑ رہا ہو ان میں برقی حرارت رسانی (diathermy) سے ماؤف رقبہ کا استیصال کر دینا چاہئے۔

فرج کی بیاضی سطحیت (Leucoplakia Vulvæ)

(بیاضی سطحیتی التہاب فرج: Leucoplakic Vulvitis)۔ برکلے (Berkeley) اور بونی (Bonney) نے اس ضرر کی یہ تعریف کی ہے کہ "یہ ایک مزمن التہابی کیفیت ہے جس کے امتیازی خصوصیات ابتدائی مدارج میں نمایاں بیش دمویت، تلوی فعالیت، 352
اور متاخر مدارج میں نمایاں سرحلمی بیش پرورش، اور زیر سرحلمی بافت کی دبازت یافتہ،



شکل ۲۰۲ - فرج کی بیاضی سطحیت (Leucoplakia Vulvæ)۔ ل۔ فلسانی خلیوں کی سطحی تہ میں (مفرط قرنی) انحطاط اور تقشّر دکھائی دیتا ہے۔ (ب) برادمہ کے عین نیچے ادمہ کی اتصال بافت میں زجاجی انحطاط کا ایک عریض منطقہ نظر آتا ہے، اور یہ تقریباً بے ساخت معلوم ہوتا ہے۔

متصلب اور بازکشیدہ حالت ہیں۔

مرض کی خوب نمایاں حالت میں تمام فرج باستثنائے دہلیز و دہنۂ مبال متاثر ہو جاتی ہے، اور یہ مرض بعض اوقات جانبین کی طرف رانوں کی شکنوں تک، اور

عجان پر بھی میزر کے گرد پھیلا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۰۹)۔اس مرض کا سبب معلوم نہیں۔مذکورہ بالا مصنفین نے جو بیس اصابات کے ایک سلسلہ کا امتحان کیا ہے، اور ان کو آتشک کے متعلق کوئی سریری یا نسیجیاتی ثبوت نہیں ملا۔ان کا یہ بیان ہے کہ انیس اصابات کے ایک سلسلہ میں اوسط عمر اکاون سال تھی۔

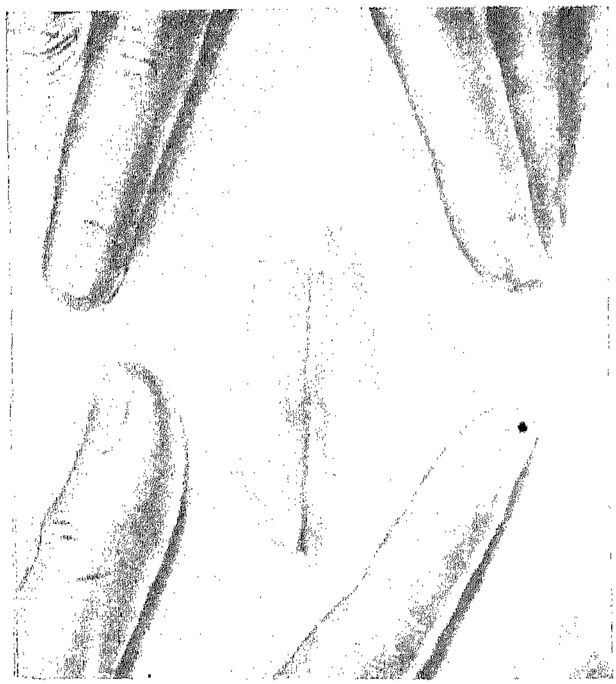
امارات۔ فرج کی بیاضی سطحیت چار سریری مدارج میں تقسیم کی گئی ہے۔پہلے درجہ میں ماؤف حصے سرخ، متورم، اور متسیج ہوتے ہیں، اور سطح خشک ہوتی ہے۔دوسرے درجہ میں شفرتین کی حجامت کم ہو جاتی ہے، جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ زیر سرحلمی دبازت سے بافتیں باز کشیدہ ہو جاتی ہیں۔سطح کی رنگت اب سرخ سے غیر شفاف سفید ہو جاتی ہے (دیکھو صفحہ ۱۳)۔اور یہ تبدیلی قطعات میں واقع ہوتی ہے جو متحد ہوتے جاتے ہیں حتیٰ کہ تمام رقبہ غیر شفاف ہو جاتا ہے۔بیاضی سطحیت (leucoplakia) کی اصطلاح کی وجہ تسمیہ یہی ہے۔تیسرے درجہ میں انشقاقات اور قرحے نمودار ہو جاتے ہیں جن سے قلیل المقدار مواد خارج ہوتا ہے، اور بعض اوقات چھونے سے خفیف سا نزف بھی واقع ہو جاتا ہے۔اس درجہ میں کسی قرحہ یا انشقاق میں خبیث سرحلمی تغیرات بھی پیدا ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۲۰۹، صفحہ 369)۔اگر سرطان نمودار نہ ہو تو بیاض سطحیتی حالت چوتھے یا آخری درجہ میں پہنچ جاتی ہے، جس میں ماؤف رقبہ صاف چمکدار اور 353
سفید ہو جاتا ہے، شفرتین صغیر اور بظر تقریباً غائب ہو جاتے ہیں، اور مرض ساکن ہو جاتا ہے۔

امراضیات۔ نسیجیاتی مناظر کا ذکر ابتدائی وسطی اور متاخر مدارج کے لحاظ سے کیا جا سکتا ہے۔

ابتدائی درجہ میں سرحلمہ میں دبازت اور زیر سرحلمی اتصالی بافت میں گول خلیوں کی درریزش پائی جاتی ہے۔یہ درجہ اس حالت کا متناظر ہے جو شکل ۲۰۲ (صفحہ 357) میں نزد قرنیت (parakeratosis) کے نام سے دکھائی گئی ہے۔اس شکل کو دیکھنے سے یہ ظاہر ہوگا کہ قرنی تہیں قرنیت نما انحلال کی وجہ سے دبیز ہو گئی ہیں، اور قاعدی تہ میں سرحلمی بیشش تکون موجود ہے اور ادمہ کے حلیموں کے درمیان سرحلمی خلیوں کے زائدے بن گئے ہیں جو گہرے چلے گئے ہیں۔گول خلیوں کی درریزش انہی گہرے سرحلمی زائدوں کے گرد نمایاں ترین ہوتی ہے۔

وسطی درجہ میں قرنیت یافتہ سرحلمہ میں تقشر شروع ہو جاتا ہے، گول خلیوں کی

صفحہ ۱۳



بیاضی سطحی التہاب فرج (Leucoplakic Vulvitis) کا دوسرا درجہ۔ بافتوں کی بازکشی کی وجہ سے

شقوق ترچھے نیز سکڑے ہوئے ہیں۔

در ریزش کی جگہ مصلی خلیوں کا ارتشاح لے لیتا ہے، اور ادمہ کی سطحی تہوں کی اتصالی بافت میں زجاجی انحطاط رونما ہو جاتا ہے۔

متاخر درجہ میں قرنی تہ تقشر کی وجہ سے پتلی ہو جاتی ہے، نیچے کی طرف بڑھنے والے سر حلمی زائدے غائب ہو جاتے ہیں، ادمہ کے زجاجی انحطاط کی وجہ سے لچکدار ریشے اور تندرست اتصالی بافت بھی غائب ہو جاتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ زجاجی مادہ کا ایک وسیع منطقہ سر حلمہ کے عین نیچے بعض اوقات دکھائی دیتا ہے (دیکھو شکل ۲۰۲)۔ اس درجہ میں جس میں متقشر سر حلمہ انحطاط یافتہ ادمہ کے اوپر واقع ہوتا ہے شگاف اور انشقاق پیدا ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات ان پر خباثت کا اضافہ ہو جاتا ہے۔ متاخر درجہ کی آخری حالت لیفیت کی ہوتی ہے۔ زجاجی مادہ کی جگہ لیفی بافت لے لیتی ہے اور ادمہ ہمیشہ کے لئے دبیز ہو جاتا ہے۔ اسی اثنا میں سطحی سر حلمہ جو زیر بالیدوں (downgrowths) سے مبرا ہوتا ہے ایک باریک اور چپٹی تہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو منفصل بافتوں کو ڈھانکے ہوتی ہے۔

علامات۔ صرف ایک ہی علامت ہے جو بیشتر پائی جاتی ہے، اور وہ حکۃ الفرج یا مقامی کھجلی ہے۔ پہلے اور دوسرے درجوں میں یہ بہت شدید ہوتی ہے۔ تیسرے درجہ میں درد اور شدید تالم امتیازی علامات ہوتے ہیں جو قروح اور انشقاقات کے قاعدوں میں عصبی انتہاؤں کے منکشف ہو جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ چوتھے درجہ میں علامات غائب ہو جاتے ہیں۔

تشخیص۔ بیاضی سطحیتی التہاب فرج (leucoplakic vulvitis) کو پژمردگی فرج (kraurosis) سے ضرور تمیز کرنا چاہیئے۔ ان دونوں عوارض کے درمیان جو اختلافات پائے جاتے ہیں ان کے لئے مطالعہ کنندہ کو صفحہ 355 دیکھنا چاہیئے۔ اگر بیاضی سطحیت کے تیسرے درجہ میں کوئی قرحہ یا انشقاق موجود ہو تو یہ فیصلہ خردبین سے کرنا چاہیئے کہ آیا یہ خبیث ہے یا نہیں۔

انذار۔ اصابات کی ایک قلیل تعداد میں مرض چوتھے درجہ تک پہنچ جاتا ہے جس میں مرض ساکن ہو جاتا ہے، اور بقیہ اصابات میں بعض اوقات سرطان پیدا ہو جاتا ہے۔ بیاضی سطحیت کے بعد جو خباثت پیدا ہوتی ہے اس کی فی صدی شرح وقوع ابھی تک معلوم نہیں کی گئی۔

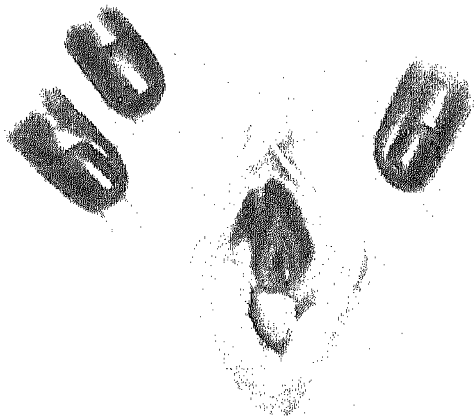
علاج۔ پہلے اور دوسرے درجوں میں وہی علاج کرنا چاہیئے جو حکۃ الفرج کا ہے

(دیکھو صفحہ 357)۔ اگر مرض رفع نہ ہو اور یا یہ تیسرے درجہ میں پہنچ جائے تو آزادانہ استیصال سے علاج کرنا چاہئے (دیکھو حصۂ پنجم۔ باب سوم صفحات 905 تا 911)۔

بیاض سطحیتی التہاب فرج کا تعلق سرطان سے۔ یہ ضرور اچھی طرح سے سمجھ لینا چاہئے کہ بیاضی سطحیت بیّن طور پر ایک پیش سرطانی حالت ہے۔ نسیجیاتی نقطۂ نظر سے خبیث تغیر بیّن حلیمی سرحلمی زائدوں کی ترقی پذیر بیش پرورش کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ جس سے یہ زائد سے اتصالی بافتیں اور گہرا النفوذ کرتے جاتے ہیں۔ یہ سرحلمی فعالیت بیاضی سطحیت کے دوسرے درجہ میں انتہا کو پہنچ جاتی ہے۔ بیدائش سرطان کے میلان کا دوسرا درجہ کلاتی بافتہ بیّن حلیمی زیر بالیدوں کے تفرع کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ بونی 354
(Bonney) اس تعلق پر زور دیتا ہے جو خبیث سرحلمی بالیدگی اور زیر سرحلمی بافتوں کی اس متغیر حالت کے درمیان موجود ہوتا ہے جو بیاضی سطحیت میں پائی جاتی ہے۔ اس مرض کے اولین مدارج میں زیر سرحلمی بافتوں کی ''خلوی توانائی میں اضافہ ہو جاتا ہے جو سرحلمی بیش پرورش کا پیش خیمہ ہوتا ہے'' (بونی: Bonney)۔ متاخر درجہ میں یعنی جس میں زجاجی تغیر واقع ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۰۲) اور لچکدار بافت غائب ہو جاتی ہے مؤخر الذکر کی عدم موجودگی غالباً سرحلمی بالیدگی کی مساعدت کرتی ہے۔ بیاضی سطحیت کے آخری درجہ میں جس کا امتیازی خاصہ کثیف تصلب ہوتا ہے سفید لیفی عناصر غالباً سرحلمی در بالیدگی کو بند کر دیتے ہیں، اور یہی وجہ ہے کہ بیاضی سطحیت کے اس درجہ میں خباثت کی طرف کم رجحان پایا جاتا ہے۔

بژمردگیٔ فرج (Kraurosis Vulvæ)۔ بریسکی (Breisky) نے ۱۸۸۵ء میں فرج کے ایک مرض کی طرف توجہ دلائی جس کو اس نے بژمردگیٔ فرج کے نام سے موسوم کیا ہے۔ اس زمانہ تک اس مرض کی کسی نے شناخت نہیں کی تھی، اور اس کے بعد کئی سال تک اس کو بیاضی سطحیت کے ساتھ خلط ملط کیا جاتا رہا۔ برکلے (Berkeley) اور بونی (Bonney) نے بژمردگیٔ فرج کی یہ تعریف کی ہے کہ یہ ''فرج کی ایک ذبولی حالت ہے جس میں سریری طور پر دہنۂ مہبل کا تضیق (stenosis) پایا جاتا ہے، اور امراضیاتی طور پر ادمہ کے بعض تغیرات پائے جاتے ہیں''۔

تقسیم۔ شفرتین صغیر و بظر، اور میبال اور مہبل کے دہنے ماؤف ہو جاتے ہیں، اور کبھی کبھی غلفہ اور بظر بھی متاثر ہو جاتے ہیں۔ شفرتین کبیر کی بیرونی سطح کی جلد اکثر نہایت سرین



(ا) پژمردگی فرج (Kraurosis) کا ابتدائی درجہ۔ ماؤف رقبہ دہلیز پر مشتمل ہے جس کی رنگت گہری سرخ ہے۔ مبال کا مغالیہ سقوط یافتہ ہے۔



(ب) پژمردگی فرج (Kraurosis) کا ایک متاخر درجہ۔ متغیر سرخ رنگت زردی میں تبدیل ہو رہی ہے، اور مولج مہبل کا تنگی زیادہ نمایاں ہے۔

عجان اور پس میزری خطہ اس مرض سے کبھی ماؤف نہیں ہوتے۔

امارات۔ اس مرض کے دو مدارج ہیں۔ پہلے درجہ میں مخاطی جلدی سطح سرخ جھلکتی ہوئی اور چمکدار ہوتی ہے، اور شوخ سرخ یا ارغوانی رنگ کے چھوٹے چھوٹے علٰحدہ علٰحدہ دھبے موجود ہوتے ہیں (صحفہ ۱۴۳)۔ میانی مخاطیہ میں سفوط اور التہاب کی ایک کیفیت اکثر پائی جاتی ہے۔ دوسرے درجہ میں سطح پھیکی زرد (صحفہ ۱۴۳)، جھلکتی ہوئی اور صاف ہو جاتی ہے، اور تمام جیوب برابر ہو جاتے ہیں۔ دہنۂ مہبل سکڑ جاتا ہے، اور اصبعی امتحان مشکل ہو جاتا ہے، شفرتین صغیر اور بظر غائب ہو جاتے ہیں، جبل الزہرہ مذبول ہو جاتا ہے اور موئے زہار کڑ کیلے ہو کر ٹوٹ جاتے ہیں یا گر جاتے ہیں۔

علامات۔ مریضہ تألم، درد، عسر البول، اور جماعِ مؤلم کی شکایت کرتی ہے۔ حکۃ الفرج نمایاں علامت نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ یہ غائب بھی ہو۔ سب سے بڑی تکلیف جماعِ مؤلم ہوتی ہے۔ تھیبرج (Thibierge) کا بیان ہے کہ "پژمردگیٔ فرج کے فعلی علامات بالکل میکانی نوعیت کے ہوتے ہیں"۔ پہلے درجہ میں عسر البول بہت واضح ہوتا ہے، اور مجامعت درد خیز ہوتی ہے۔ دوسرے درجہ میں دہنۂ مہبل کے سکڑ جانے کی وجہ سے مجامعت غیر ممکن ہو جاتی ہے۔

امراضیات۔ سرحلہ طبعی سرحلہ کے مقابلہ میں زیادہ باریک ہوتا ہے، اور اکثر حلیمے غائب ہو جاتے ہیں۔ زیرِ سرحلی بافتوں میں التہابی خلیوں کے قطعات دکھائی دیتے ہیں۔ سرخ سطحی رقعہ کے نیچے مصلی خلیوں کے مجامع دکھائی دیتے ہیں جو باریک شدہ اور چپٹی سرحلی تہ کے عین ساتھ ہی ملے ہوتے ہیں۔ مصلی خلیوں کے ساتھ کثیر الاشکال نواتی سفید خلیے اور لمفی خلیے ملے ہوتے ہیں۔ قبل الذکر سطحی سرحلی خلیوں کے درمیان سے باہر نکل جاتے ہیں۔ لچکدار بافت سوائے اس جگہ کے جہاں مصلی خلیوں کے اجتماعات کی افراط ہوتی ہے ہر جگہ موجود ہوتی ہے۔ اگرچہ تغیرات ایک بڑی حد تک التہابی ہوتے ہیں لیکن ایسا معلوم ہوتا ہے کہ صنفی ہارمونوں کی قلت اور ان کے فقدان کو پیدائش مرض میں بہت کچھ دخل حاصل ہے۔

تشخیص۔ چونکہ اس مرض کے بیاضی سطحیت کے ساتھ خلط ملط ہو جانے کا امکان ہے اس لئے ممیز تفریقی امور مندرجۂ ذیل جدول میں بالاختصار بیان کئے جاتے ہیں۔

355

بیاضی سطحیت	پژمردگی فرج
(ا) ایک مزمن التہابی حالت ہے۔ سبب نامعلوم۔ اوسط عمر تقریباً ۵۰ سال۔	(ا) ایک ذبولی حالت ہے جس میں التہابی جلد کے قطعات پائے جاتے ہیں۔ نوجوان عقیم عورتوں میں، زمانۂ انقطاع الطمث پر، اور استیصالِ بیضئین کے بعد پائی جاتی ہے۔
(ب) دہلیز اور مبال کا دہانہ کبھی متاثر نہیں ہوتے۔ مرض بقیہ فرج پر، مبرز کے اردگرد اور تناسلی فخذی تجویف پر پھیل سکتا ہے۔	(ب) مرض شفرتین صغیر، دہلیز، اور مبال اور مہبل کے دہنوں تک ہی محدود رہتا ہے۔ بقیہ فرج اور اس کے متصل رقبہ جات (ران اور عجان) متاثر نہیں ہوتے۔
(ج) تین درجے تمیز کئے جاتے ہیں۔	(ج) تین درجوں کی شناخت کرنا چاہیئے۔
(۱) حصے سرخ، متورم، منسج اور خشک ہوتے ہیں۔	(۱) ماؤف رقبہ سرخ ہوتا ہے، اور پردۂ بکارت کے بقیہ حصوں اور دہلیز پر اور مبال کے اردگرد ارغوانی مائل سُرخ قطعات موجود ہوتے ہیں۔
(۲) بافتیں بازکشیدہ اور دبازت یافتہ ہوتی ہیں۔ رنگت سرخ سے نیم شفاف سفید ہو جاتی ہے۔	(۲) بافتیں بازکشیدہ اور باریک ہوتی ہیں۔ رنگت تبدیل ہو کر زرد یعنی اگری کے رنگ کی طرح کی ہو جاتی ہے۔ سطح جھلکتی ہوئی اور بالکل صاف ہوتی ہے۔
(۳) شقاقات، قروح، مواد چھوٹے پر نزف، تشقاق یا فرج میں سرطان پیدا ہو سکتا ہے۔	(۳) شفرتین صغیر اور بظر غائب ہو جاتے ہیں۔ جبل الزہرہ مذبول ہو جاتا ہے۔ موئے زہار غائب ہو جاتے ہیں۔ دہانۂ مہبل سکڑ جاتا ہے۔
(د) ایک پیش سرطانی حالت ہے۔	(د) خباثت کی طرف کوئی رجحان نہیں پایا جاتا۔

علاج ۔ جو مخفف مرض علاج حکۃ الفرج کے ضمن میں بیان کیا گیا ہے اس کو آزمانا چاہیئے۔ سُرخ رقبہ جات کی کَیّ کی جا سکتی ہے' اور یا ان کا استیصال کیا جا سکتا ہے' اور موثر چھیل کے ضیق کے لئے کوئی تکوینی عملیہ سرانجام دیا جا سکتا ہے جیسا کہ صفحہ 202 پر بیان کیا گیا ہے۔

ذیابیطسی التہاب فرج (Diabetic Vulvitis)۔ جن عورتوں میں شدید درجہ کی شکر بولیت کی شکائت موجود ہوتی ہے ان میں فرج پر سے شکر دار پیشاب کے متواتر گزرتے رہنے سے بافتوں میں ایک قسم کی مزمن التہابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے جس کو "ذیابیطسی التہاب فرج" کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ اول اول شکر بولیت کی علامت بعض اوقات صرف حکۃ الفرج ہی ہوتا ہے' لیکن جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے فرج کی بافتیں بتدریج ایک ایسا منظر اختیار کر لیتی ہیں جو تقریباً ممیز مرض ہوتا ہے۔ شفرتین اور بالخصوص شفرتین کبیر متورم ہو جاتے ہیں اور ان میں ٹھوس تہیج کی ایک حالت پائی جاتی ہے۔ ان کی رنگت پھیکی سُرخ اور بہت ممتاز ہوتی ہے۔ اولین ضرر پر عفونتی پیچیدگیوں کا اضافہ بھی قلیل الوقوع نہیں' یہ دمبلیت (furunculosis) کی شکل میں یا ایسی خراشیدگیوں کی شکل میں نمودار ہوتی ہیں جو ماؤف رقبوں کو کھرچنے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ اِس درجہ پر حکۃ الفرج بہت شدید ہوتا ہے اور نیند نہ آنے اور مسلسل خراش سے مریضہ پر زندگی دوبھر ہو جاتی ہے۔ ایسا اکثر ہوتا ہے کہ ذیابیطس کی مریضہ اول اول فرجی علامات ہی کی وجہ سے طبی مشورہ طلب کرتی ہے' لہٰذا حکۃ الفرج کے ہر اصابہ میں پیشاب کا احتیاط سے امتحان کرنا ضروری ہوتا ہے۔

ذیابیطسی التہاب فرج کو مختلف اسباب سے منسوب کیا گیا ہے' یعنی پیشاب کے خراش آور اثر سے' یا مختلف لہنوں (yeasts) سے جن کی بالیدگی کو مناسب وسیط سے
356 مدد ملتی ہے' یا بنیٔ مرض سے پیدا شدہ مقامی طبعی ضررات سے۔

علاج لازمی طور پر بنئی یا مقامی ہوتا ہے۔ غذا کے سوال یا انسولین (insulin) کے استعمال کے متعلق عام تفصیلات معلوم کرنے کے لئے مطالعہ کنندہ کو طب کی درسی کتب کو دیکھنا چاہیئے۔ حکۃ الفرج اور عفونتی پیچیدگیوں کو رفع کرنے کیلئے جو اکثر موجود ہوتی ہیں مقامی تدابیر کا اختیار کرنا ضروری ہوتا ہے۔ میگنیشیم سلفیٹ (magnesium sulphate) کی چند گرم تکمیدات سے مذکورہ شکایات سے آرام ہو جاتا ہے کیونکہ

میگنیشیم کے املاح اپنے دافع درد اثرات کی وجہ سے مفید ہیں۔ جب زیادہ حاد التہابی علامات رفع ہوجائیں تو مقامی خراش کو لوشیو کارمینی (lotio carminæ)، یا ایڈرینالین (adrenalin) اور میتھی لیٹڈ سپرٹ (methylated spirit)، یا دوسرے مختلف مسکن عوامل میں سے جن کا ذکر آگے چل کر کیا گیا ہے (دیکھو حکۃ الفرج) کسی ایک کے متواتر استعمال سے تسکین دینا چاہیے۔

حکۃ الفرج (Pruritis Vulvæ)۔ فرج کی خراش جو کھجلی اور جلن کی شکل میں پائی جاتی ہے بلاشبہ ایک علامت ہے مرض نہیں۔ مزید برآں یہ عارضہ مختلف مرضی حالتوں سے پیدا ہوسکتا ہے، اور اس کے ساتھ دوسرے علامات بھی پائے جاسکتے ہیں۔ سینگر (Sanger) نے اس کو حکاکی التہاب فرج (vulvitis pruriginosa) کے نام سے ایک علیحدہ مرض قرار دیا ہے، اور ویٹ (Veit) نے ایک خاص امراضیاتی کیفیت نزد قرنیت (parakeratosis) کو حکۃ الفرج کی ایک امتیازی خصوصیت بیان کیا ہے۔ نزد قرنیت میں قرنیت یافتہ سرحلمہ کے زائدے ادمہ کے اندر گہرے چلے جاتے ہیں، اور یہاں یہ سفید خلیوں کی دریزش کے منطقوں سے محصور ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳-۲)۔ التہاب ادمہ (dermatitis) کی یہ قسم شاید حکۃ الفرج کی پیش رو نہیں بلکہ اسے کھلنے اور کھرونچنے کا نتیجہ خیال کرنا چاہیے۔

بعض اوقات شدید کھجلی کے موجود ہونے کی حالت میں بھی کوئی مقامی مرضی کیفیت دریافت نہیں کی جاسکتی۔ اکثر و بیشتر مثالوں میں خراش کی وجہ سے کھرونچنے کی ضرورت پیدا ہوجاتی ہے، جس سے مقامی مناظر میں ایسے تغیرات رونما ہوجاتے ہیں جو اصلی مرض کو بعض اوقات پوشیدہ کردیتے ہیں۔ بظر اور شفرتین صغیر کا متناظر رقبہ اکثر اس مرض سے ماؤف ہوتا ہے، اور شدید اصابات میں شفرتین کبیر، تمام دہنہ مہبل، عجانی جسم، مبرز اور پس مبرزی حصہ تمام کے تمام بعض اوقات ماؤف ہوجاتے ہیں۔ یہ مرض لڑکیوں، جوان عورتوں، یا بوڑھی عورتوں میں پایا جاتا ہے۔ جب مرض کم شدید ہوتا ہے تو خراش زیادہ تر یا تمام تر صرف رات ہی میں یا بستر پر لیٹنے کے بعد محسوس ہوتی ہے۔ بہرکیف شدت مرض کے تمام مدارج پائے جاتے ہیں، اور شدید ترین اصابات میں مسلسل اور ناقابل برداشت کھجلی کی شکایت دن رات موجود رہتی ہے، اور مریضہ نیند نہ آنے اور مسلسل تکلیف کی وجہ سے نحیف اور لاغر

ہوجاتی ہے' اور ہمیں یہ علم ہے کہ ایسے مریضوں کا خاتمہ جنون یا خودکشی پر بھی ہوا ہے۔

اسباب۔ حکۃ الفرج کئی ایک مختلف مرضی حالتوں سے پیدا ہوتا ہے' اور یہ تین گروہوں میں تقسیم کی جا سکتی ہیں۔ (۱) مزمن مواد جو فرج کی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرتے ہیں۔ (۲) وہ امراض جن سے فرج ابتدائً ماؤف ہوتی ہے۔ (۳) سمی کیفیتیں اور عصبانیت (neurosis)۔

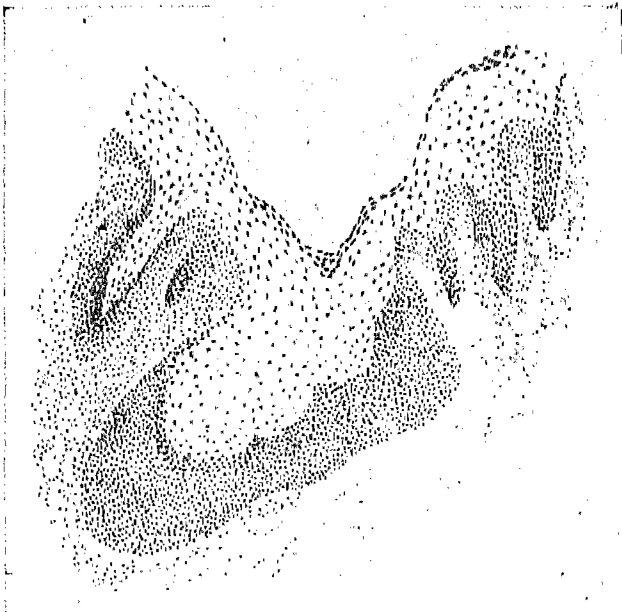
(۱) اگر موادات رحم یا دیوار ہائے مہبل سے آتے ہوں تو ان سے حکۃ الفرج بالعموم پیدا نہیں ہوتا' لیکن مزمن سوزاکی موادوں اور ربڑ کے مغفول فرزجہ سے پیدا شدہ عفونتی موادوں سے یہ اکثر شروع ہوجاتا ہے۔ کسی چھوٹے سے مثانی مہبلی ناسور سے پیشاب کے قطرات کے مسلسل ٹپکنے سے بعض اوقات ناقابل برداشت حکۃ الفرج پیدا ہوسکتا ہے' اور مثانہ کے عضلۂ عاصرہ کے عدم ضبط سے بھی تقریباً ایسا ہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے۔ جوان عورتوں میں جو غلیظ رہتی ہوں جوؤں یا میل کچیل کے جمع ہونے سے' اور بچوں میں ان چرنوں سے جو تنال مبرز سے فرج میں چلے جاتے ہیں تقریباً ویسے ہی نتائج پیدا ہوتے ہیں جو مہبلی موادوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ مساحقت سے کبھی کبھی حکۃ الفرج پیدا ہوجاتا ہے' اور اس کا تعلق بھی اسباب کی اسی قسم سے ہے۔

357 (۲) تقرح کے مزمن اقسام' مثلاً وہ جو درنہ یا ثانوی آتشک سے پیدا ہوتے ہیں کھجلی پیدا کرتے ہیں' لیکن یہ حالتیں نادر الوقوع ہیں۔ بہرکیف تین امراض جلد ایسے ہیں جن سے یہ فساد بالعموم شدید حالت میں پیدا ہوتا ہے' اور یہ کافی عام ہیں۔ یہ امراض اکزیما (eczema)' بیاضی اسطحیت (lecuoplakia)' اور ذیابیطسی التہاب فرج ہیں۔

(۳) سمی حالتیں اور عصبانیت۔ ایسے اصابات جن میں حکۃ الفرج کے ساتھ حصص ماؤف کے مناظر میں سوائے ان تغیرات کے جو کھر وچنے سے پیدا ہوئے ہوں اور کوئی شناخت پذیر تغیرات نہیں پائے جاتے بالعموم کسی عصبانیت سے منسوب کئے جاتے ہیں۔ اس قسم کے حکۃ الفرج کے مریض عصبانیتی یا ہسٹیریائی مزاج کے ہوتے ہیں۔ حملی حکۃ الفرج ایک عام استثنائی حالت ہے جو معمولی حالت میں محض ایک خفیف سا مرض ہوتا ہے لیکن بعض اوقات یہ اس قدر شدید ہوجاتا ہے کہ ناقابل برداشت ہوجاتا ہے' اور اس سے تمام جسم کی جلد میں عمومی خراش پیدا ہوجاتی ہے۔ بعض محققین کا اب یہ خیال ہے کہ یہ مرض حملی تسمم الدم

(gravidic toxæmia) سے پیدا ہوتا ہے، اگرچہ اس خراش سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جو مختلف لہنوں کی مقامی سرائت سے پیدا ہوئی ہو، اور یا یہ مہبلی بافتوں میں گلائیکوجن (Glycogen) کے بافراط مطروح ہونے سے رونما ہوتا ہے۔

حکۃ الفرج کا علاج۔ کسی محرک سبب، مثلاً شکر بولیت یا سیلانِ ابیض کی موجودگی کے امکان پر پہلے غور کرنا چاہیئے۔ اگر اس قسم کے عوارض کو نظر انداز کر دیا جائے تو علاج



شکل ۲۰۳ - فرج کی نزد قرنیت (Parakeratosis) - حکۃ الفرج کے ایک اصابہ سے۔

لازمی طور پر ناکام رہیگا۔ دوسرا غور طلب امر یہ ہے کہ اگر جلد میں کوئی مقامی تغیرات موجود ہوں تو ان کی نوعیت معلوم کی جائے۔ اور جب اس قسم کا کوئی تغیر موجود نہ ہو تو درد کو مقامی طور پر تسکین دینا ہمیشہ مشکل ہوتا ہے، لیکن کیلسیم لیکٹیٹ (calcium lactate) اور پوٹاشیم آئیوڈائیڈ (potassium iodide) اور قلوی مسکنات کے داخلی استعمال سے بعض اوقات کچھ فائدہ ہو جاتا ہے۔ جرمن اکزیما اور ریاضی سطحیت کے ابتدائی دارج کے مریضوں میں

مناسب مقامی علاج سے بالعموم بہت فائدہ ہوجاتا ہے اور اکثر مریض مکمل طور پر شفایاب ہوجاتے ہیں۔

جہاں تک مقامی علاج کا تعلق ہے دو ابتدائی امور بہت اہم ہیں، یعنی انتہائی مقامی صفائی کا خیال رکھا جائے، اور جہاں تک ممکن ہوسکے کھروچنے اور ملنے سے احتراز
358 کیا جائے۔ مرض کی شدید حالت میں مریضہ اکثر نیند میں غیر شعوری طور پر کھروچ لیتی ہے، اور دوسرے اوقات میں خراش اس قدر شدید ہوتی ہے کہ مریضہ ملنے یا کھروچنے سے باز نہیں رہ سکتی۔ سونے سے پہلے گرم قلوی غسل ورکی سے اکثر اوقات عارضی طور پر تسکین ہوجاتی ہے، اور ادویہ کا مقامی استعمال کرنے سے بیشتر مقامی صفائی کے نقطہ نظر سے یہ ایک مفید ابتدائی تدبیر ہے۔

اُن کثیر التعداد مقامی اطلاقات میں سے جو اب مستعمل ہیں کسی ایک کی بھی یقین کے ساتھ سفارش نہیں کی جاسکتی، کیونکہ جس چیز سے ایک مریضہ میں کامیابی ہوجاتی ہے وہ ممکن ہے کہ دوسری میں ناکام ثابت ہو۔ خفیف یا ابتدائی اصابات میں، اور یا ایسی حالت میں جبکہ مقامی تغیرات موجود نہ ہوں، مسکنات، مثلاً تھائمال (thymol) یا منتھال (menthol) کا ۵ فی صدی مرہم یا غسول (lotion)، یا ۱ فی صدی کلوریٹون لوشن (chloretone lotion) کامیاب ہوسکتے ہیں۔ اور اگر ان کے استعمال سے ناکامی ہو تو مرہم کوکین (cocaine ointment) ۵ تا ۱۰ فیصدی کی آزمائش کی جاسکتی ہے۔ مزید برآں گرم رفادے جن کو غسول سیسہ (lead lotion) یا غسول افیون (opium lotion) میں ڈبو کر نچوڑا گیا ہو اور یا جن پر لینیمینٹم بیلاڈونی (linimentum belladonnæ) چھڑکا گیا ہو بعض اوقات مفید ثابت ہوتے ہیں۔ بعض اصابات میں قوی دافع عفونت محلولات زیادہ کامیاب ثابت ہوتے ہیں، مثلاً۔۔۔ ایسا ائیوڈائیڈ آف مرکری (biniodide of mercury) یو پرکلورائیڈ (perchloride) کی نسبت زیادہ آسانی سے جلد میں نفوذ کرجاتا ہے، یا ۵ فیصدی کاربالک غسول (carbolic lotion) کا بکثرت استعمال جس سے دافع عفونت اور مقامی معدم حس ہردو اثرات پیدا ہوتے ہیں۔ جب مقامی تغیرات زیادہ ترقی کرگئے ہوں تو ایسے کادیات کا استعمال اکثر مفید ثابت ہوتا ہے جو اتنے قوی ہوں کہ کسی قدر تقشر پیدا کردیں، مثلاً خالص امالت یا قتہ کاربالک ایسڈ کا طلا جو معدم حس کے

زیر اثر ماؤف رقبوں پر بخوبی کیا جائے۔ اس قسم کے دواؤں میں سے سلور نائیٹریٹ (silver nitrate) کا محلول (ا اونس میں ۲۰ گرین) زیادہ قوی دوا نہیں اور اس کے لگانے سے بہت کم درد پیدا ہوتا ہے۔ بعض مثالوں میں مستند توت سے نصف قوت کے مرہم سیماب مرقق (dilute mercurial ointment) یا فلزاتی مرہم (unguentum metellorum) کو جو شفاخانوں کے قرابادینوں میں درج ہے، احتیاط سے مسلسل استعمال کرنے سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔ دشوار علاج مریضوں میں بعض اوقات لاشعاعوں یا برقی حرارت رسانی (diathermy) کے استعمال، یا فرج کے استیصال کی ضرورت ہوتی ہے۔

فرج کا تقرح

فرج میں جو عفونتی یا سرائتی اعمال واقع ہوتے ہیں ان سب سے تقرح پیدا ہو سکتا ہے۔ علاوہ ازیں ہر خبیث نو بالیدہ انجام کار تقرح کا باعث ہوتی ہے، اور سلیم الاصل نو بالیدیں بھی سرائت زدہ ہو کر خارجی اعضائے تناسل میں تقرح پیدا کر دیتی ہیں۔ لہٰذا اس سے یہ ظاہر ہے کہ جن ضررات کا ذکر مذکورہ بالا عنوان کے تحت یہاں ہونا چاہئے تھا ان سب کا یا ان میں سے بیشتر کا زیادہ مفصل بیان دوسرے مقامات پر ملیگا۔ چنانچہ ندرنی قروح، آتشکی اکولات (syphilitic chancres) ثانوی یا ثالثی آتشکی تقرح، جلد خورہ (esthiomène)، "نرم قرحہ" ("soft sore") یا قرحۂ رخوہ (ulcus molle)، قرحۂ قارضہ (rodent ulcer) سرطلمی سلعہ (epithelioma) اور ریائی سطحیتی التہاب فرج سے پیدا شدہ تقرح کا ذکر علٰحدہ علٰحدہ عنوانات کے تحت کیا گیا ہے۔

عفونتی قرحے ـ یہ قرحے بعض اوقات حمیٰ نفاسیہ کے دوران میں نئے قروح کی شکل میں، یا سرائت زدہ فرجی یا عجانی دریدگیوں کے نتیجہ کے طور پر فرج پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی چھوٹے عفونتی قرحے حفرۂ زورقیہ میں یا پردۂ بکارت پر نمودار ہوتے ہیں جو جماع اول میں پیدا شدہ دریدگی کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ ان کا علاج دافع عفونت لطول اور مرہم کوکین (۲ فی صدی) سے کرنا چاہئے، اور اگر ان کے اندمال میں تاخیر ہونے کے امارات ظاہر ہوں تو مکوات کا استعمال کرنا چاہئے، اور یا قرحہ کا استیصال کر دینا چاہئے۔ بعض اوقات

ان سے زیادہ بڑے قرحے شفرتین پر بھی پیدا ہو جاتے ہیں جو یا تو کسی شدید اتفاقی زخم کے سرائت زدہ ہونے سے رونما ہوتے ہیں یا کسی منشق دوالی ورید یا دموی سلعہ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ ان کے لئے بستر میں آرام کرنے اور دافع عفونت نکمیہ، مثلاً گلیسرین اور ٹلبوین (۵۰۰ میں ۱) کی ضرورت ہوتی ہے۔

شقاقات۔ یہ خاصکر دہلیز اور حفرۂ زورقیہ میں واقع ہوتے ہیں، اور یہ اتھلے خط نما قرحے ہوتے ہیں جو ازحد حساس ہوتے ہیں، اور اس لئے دوران مجامعت میں ان سے
359 بہت درد پیدا ہوتا ہے۔ قرحہ کے قاعدہ کو کاٹ کر الگ کر دینے، یا ایک دو دفعہ ٹھوس سلور نائیٹریٹ (silver nitrate) یا اماعث یا تفتہ کار بالک ایسڈ لگانے سے ان کا علاج بآسانی کیا جا سکتا ہے۔ اس اثنا میں فرج کو نہایت صاف رکھنا چاہیئے۔

جرابی قرحے (Follicular Ulcers)۔ یہ بعض اوقات عفونتی التہاب فرج کے بعد پیدا ہوتے ہیں، اور شفرتین کبیر کی متشعر جلد پر اور گاہے گاہے دیگر حصوں پر واقع ہوتے ہیں۔ تعداد میں یہ کبھی ایک ہوتے ہیں اور گروہوں میں پائے جاتے ہیں، بعض اوقات یہ عمومی دمیلیت (general furunculosis) کا جزو ہوتے ہیں، اور بعض اوقات یہ بطور خود بھی فرج پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ پہلے پہل ایک بثرہ (papule) نمودار ہوتا ہے، جو بعد میں آبلہ نما ہو کر قاشی ہو جاتا ہے، اور انجام کار اس سے ایک چھوٹا سا گول قرحہ بن جاتا ہے جس کی گہرائی بعض اوقات معتدبہ ہوتی ہے۔ کبھی کبھی قاشے خشک ہو جاتے ہیں اور خشک ریشہ علیحدہ نہیں ہوتا تاوقتیکہ اس کے نیچے کی سطح مندمل نہ ہو جائے۔ ماؤف مقامات کے اردگرد کبھی کبھی ایک معتدبہ تصلب پیدا ہو جاتا ہے جو درد اور الیمیت کا باعث ہوتا ہے۔ بورک ایسڈ کے خشک نکمیہ کے خارجی استعمال، اور لوہے، مینگنیز اور قلمی کے داخلی استعمال سے ان کو بننے سے روکا جا سکتا ہے۔

پرورشی قرحہ (Trophic Ulcer)۔ بعض اوقات لاغر اشخاص میں ایک مزمن قسم کا تقرح دیکھنے میں آتا ہے جو اس تقرح کے مشابہ ہوتا ہے جو معدی غشائے مخاطی میں واقع ہوتا ہے، اور "پرورشی تقرح" ("trophic ulceration") کے نام سے تعبیر کیا گیا ہے۔ ایسے قرحے بہت دشوار علاج ہوتے ہیں، اور ان کی صحیح امراضیات معلوم نہیں۔ چند مثالوں میں ان قرحوں کی سطح پر سے، جن کے مناظر اکثر تدرنی ضررات کے

مشابہ ہوتے ہیں عصیبۂ دبیز (bacillus crassus) کی کاشت کی جا چکی ہے۔

تدرنی قرحے۔ یہ فرج میں شاذ و نادر ہی پیدا ہوتے ہیں' اور یہ خاصکر ان مریض بچوں میں پائے جاتے ہیں جن میں تناسلی بولی خطہ کا تدرنی مرض ترقی کر گیا ہو۔ یہ غیر مولم قسم کے ہوتے ہیں' اور ان میں وہی خواص پائے جاتے ہیں جو دیگر حصوں کے تدرنی تقرح میں پائے جاتے ہیں۔ خردبین سے امتحان کرنے سے تشخیص کی توثیق ہو جاتی ہے۔ مقامی علاج سے بہت کم فائدہ ہوتا ہے کیونکہ جسم کے کسی دوسرے حصہ میں ترقی یافتہ تدرن موجود ہوتا ہے۔ مزید تفصیل کے لئے دیکھو صفحہ 307۔

آتشک۔ اس مرض کے تقرحی ضرر کے بیان کے لئے دیکھو صفحات 301 اور 302۔

جلد خورہ (Esthiomène) یا تناسلی مبرزی تصلبی ورم (Genito-Anal Scleroma)۔ یہ ایک مزمن بیش پرورشی حالت ہے جو تناذی تقرح میں پائی جاتی ہے۔ اس کا ذکر صفحہ 365 پر کیا گیا ہے۔

بیاض سطحیتی قرحے (Leucoplakic Ulcers)۔ ان کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 353)۔

شعاع فطریت (Actinomycosis)۔ اس نادر الوقوع فرجی ضرر سے پیدا شدہ تقرح کا بیان صفحہ 818 پر دیا جا چکا ہے۔

قرحۂ قارضہ (Rodent Ulcer)' سرطان' اور لحمی سلعہ (Sarcoma)۔ ان امراض سے پیدا شدہ تقرح کا ذکر ان کے علیحدہ علیحدہ عنوانات کے تحت کیا گیا ہے۔

فرج اور عجان کے ضربتی ضررات

(TRAUMATIC LESIONS OF THE VULVA AND PERINEUM)

فرج کا دموی سلعہ (Hæmatoma Vulvæ)۔ فرج کا دموی سلعہ ضرب بالات لگنے سے پیدا ہوتا ہے' اور یہ کسی دوالی نما ورید کے انشقاق سے بھی رونما ہو سکتا ہے جو کسی شدید جسمانی محنت سے واقع ہوا ہو۔ علاوہ ازیں یہ اُس عمیق نزف کا بھی نتیجہ ہوتا ہے جو

ان حصوں پر کے عملیات کے بعد ناقص احتباس الدم (hæmostasis) کی وجہ سے واقع ہوتا ہے اور لگا ہے گا ہے یہ چھوٹے چھوٹے عروق کے شحمی انحطاط سے بھی پیدا ہوتا ہے۔ موخر الذکر کی وجہ سے یہ دوران حمل میں رونما ہو چکا ہے جیسا کہ ڈینبائی (Danby) کے ایک مندرجۂ اصابہ میں ہوا تھا۔ ڈینبائی کا یہ خیال ہے کہ یہ حالت حمل کے تسمم الدم کا ایک مقامی مظہر ہے اور یہ ان نزفات کے متماثل ہے جو "مخفی اتفاقی نزفات" (concealed accidental hæmorrhages) میں دیوار رحم میں واقع ہوتے ہیں۔

علامات۔ مریضہ مقامی درد اور الیمیت کی شکایت کرتی ہے اور بعض اوقات خون کے ضائع ہوجانے کی وجہ سے عدیم الدم ہوتی ہے۔

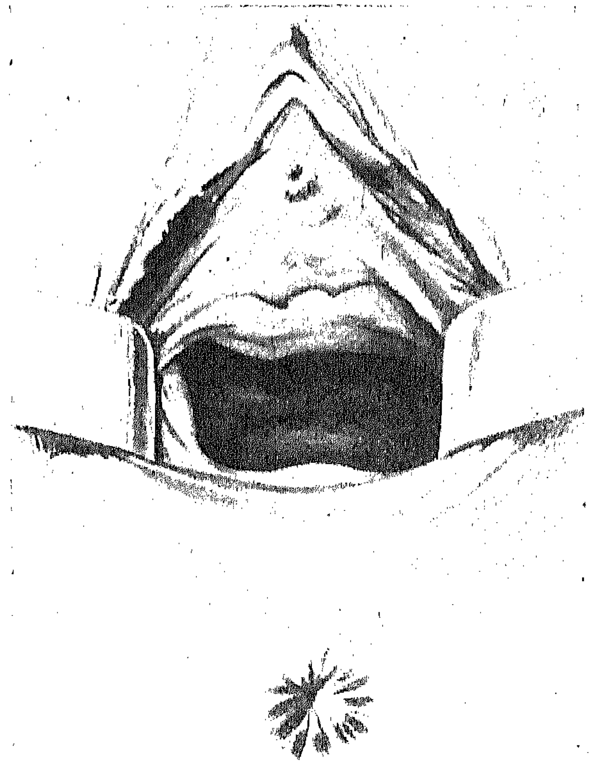
360 **امارات**۔ کسی ایک شفرۂ کبیر پر ایک بڑا سا تاریک اور الیم ورم بن جاتا ہے جس سے جلد یا مخاطی سطح بعض اوقات منشق ہوجاتی ہے اور خارجی نزف بکثرت واقع ہوتا ہے اور بعض اوقات مقام انشقاق سے ایک علقہ باہر کی طرف نکلا ہوتا ہے جو دوالی نما اور بد ہیئت بڑا ہوتا ہے۔ اگر خون اس خلوی بافت میں چلا جائے جو حوضی ردا کی خارجی جانب پر واقع ہوتی ہے تو یہ شفرۂ کبیر کو متمدد کر دیتا ہے اور یہاں سے یہ پچھلی طرف کو عجان تک اور اگلی طرف کو دیوار شکم تک چلا جاتا ہے۔ ورم کی بستگی مدت تضرر کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے پہلے یہ دو بری ہوتا ہے اور پھر گندھے ہوئے آٹے کی طرح محسوس ہوتا ہے اور آخر میں یہ محکم ہو جاتا ہے۔ اگر سرائت واقع ہو جائے تو خراج بن جاتا ہے۔ اگر خون حوضی ردا کے نیچے کی خلوی بافتوں یعنی اتصالی بافتوں میں یا ریٹاون کے پیچھے چلا جائے تو ایک ورم بنتا ہے جو بعض اوقات اتنا بڑا ہوتا ہے کہ مہبل کے ورود کو بند کر دیتا ہے اور معائے مستقیم کو مضغوط کر دیتا ہے۔ اس قسم کا دموی سلعہ اس نزف سے پیدا ہو سکتا ہے جو حوضی ردا کے نیچے کی خلوی بافتوں میں واقع ہوا ہو اور خون اس ردا کو منشعب کرنے کے بعد انجام کار شفرۂ کبیر میں در ریختہ ہو جاتا ہے۔

فرج کے دموی سلعہ کے پیدا ہونے کا احتمال حالت حمل میں عدیم الحمل کی نسبت زیادہ ہوتا ہے اور دوران ولادت میں یہ رکاوٹ بھی پیدا کر سکتا ہے۔

علاج۔ مریضہ کو بستر پر ضرور لٹائے رکھنا چاہئے اور سرد لیڈ لوشن (lead lotion) لگانا چاہئے۔ اگر سرائت واقع ہو جائے تو اچھی طرح سے ایک شگاف دیکر

خون کے سرائت زدہ تھکے کو الگ کر دینا چاہئے اور دافع عفونت تمکیدات کا استعمال کرنا چاہئے۔

فرج اور عجان کی وریدگی ۔ فرج کی وسیع وریدگیاں اور کوفتگیاں حملۂ مجرمانہ کا نتیجہ ہوسکتی ہیں، اور مقامی ضربہ کے کم شدید مدارج ہزاول فن کے مشاہدہ میں وقتاً فوقتاً اقدام زنا بالجبر کی وارداتوں میں لائے جاتے ہیں۔ اس قسم کے اصابات میں بہت احتیاط سے



شکل ۲۰۴ ۔ صاحب ولادت عورت میں دہنۂ مہبل کا ارتخا جو مہبل کی موخر دیوار کی وریدگی سے پیدا ہوا ہے۔ عجانی جسم کی جلد کی سطح غیر متضرر ہے۔

861 تحقیقات کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ تفصیلات کے لئے مطالعہ کنندہ کو طب قانونی کی کتابوں کو دیکھنا چاہئے۔ کبھی کبھی فرج اور عجان کی وریدگی کسی سلاخ پر یا مغسل (bath) کے کنارہ پر اس طرح گرنے سے کہ ایک ٹانگ ادھر ہے اور ایک ٹانگ ادھر، یا موٹر سائیکل کے کسی حادثہ سے

واقع ہو سکتی ہے۔ اس خطہ کے تضررات کی سب سے بڑی تعداد قبالتی تضررات پر مشتمل ہے۔

عجانی جسم کا مقدم ایک تہائی حصہ وضع حمل کے دوران میں تقریباً ہمیشہ کسی قدر دریدہ ہو جاتا ہے، جس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ موخر ملتقہ (posterior commissure) اور حفرہ زورقیہ تباہ ہو جاتے ہیں۔ عجان کی تمام قابل لحاظ دریدگیوں سے مہبل کی موخر دیوار بھی متاثر ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں چاک بالعموم جانبی ہوتا ہے، اور یہ ایک انچ اور یا اس سے زائد فاصلہ تک اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ جن عورتوں کو متعدد اولادیں ہوئی ہوں ان میں اسی قسم کا ایک چاک دونوں جانبوں پر موجود ہوتا ہے۔ یہ چاک تجاویف کی شکل میں برقرار رہتے ہیں، اور ان کا تعاقب عجان کے مقدم کنارہ سے لیکر اوپر کے رخ میں کسی ایک جانب کو کیا جا سکتا ہے، اور ان کے درمیان دیوار مہبل کا وسطی حصہ منفرد ہو کر اکثر مسقوط ہو جاتا ہے، اور اس کی بافتیں دبیز ہو کر ایک "وسطی مہمیز" (median "spur") کی شکل اختیار کر لیتی ہیں۔ جن عورتوں میں جسم عجانی کافی اچھی طرح سے مصئون ہوتا ہے ان میں بھی بعض اوقات اس قسم کے تضررات پائے جاتے ہیں۔ مہبل کی یہ دریدگیاں عضلہ رافع مبرز (levator ani) کے ان ریشوں کو جو اس کو سہارا دیتے ہیں، اور مہبل کے عضلہ عاصرہ کو تباہ کر دیتی ہیں۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دہنۂ مہبل مرتخی ہو جاتا ہے، اور یہ اس قدر تمدد پذیر ہو جاتا ہے کہ مریضہ کو کوئی تکلیف ہونے کے بغیر مہبل میں تین یا چار انگلیاں داخل کی جا سکتی ہیں (دیکھو شکل ۲۰۴)۔ یہی وجہ ہے کہ یہ چاک مہبل کی موخر دیوار کے سقوط کی پیدائش کے اہم اسباب معدہ ہیں۔ موبِح مہبل کہ یہ مرتخی حالت ایسی حالت میں بھی موجود ہو سکتی ہے جبکہ عجان میں کوئی ایسا تضرر موجود نہ بھی ہو جو مذکورہ بالا تضرر سے بڑا ہو۔

بہر حال اکثر اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ عجان میں اس سے زیادہ وسیع تضرر واقع ہو جاتا ہے، اور یہ مبرز کے خارجی عضلہ عاصرہ تک اور یا بالشمول اس کے دریدہ ہو جاتا ہے۔ لہٰذا عجان کی دریدگیوں کی تقسیم تین درجوں میں کی جا سکتی ہے۔ پہلے درجہ میں صرف مقدم ایک تہائی حصہ ماؤف ہوتا ہے۔ دوسرے درجہ میں تمام عجانی جسم عضلہ عاصرہ تک متضرر پایا جاتا ہے۔ تیسرے درجہ میں خاص عضلہ عاصرہ کا مقدم حصہ دریدہ ہو جاتا ہے۔ دوسرے درجہ کی دریدگیاں دہنۂ مہبل کو بہت کشادہ اور بدشکل بنا دیتی ہیں، مگر ان تمام کے ساتھ سقوط موجود نہیں ہوتا گو مستقیمی مہبلی فاصل بہت کمزور ہو جاتا ہے۔ تیسرے درجہ

وریدگیاں مبرز کے منظر میں ایک خاص قسم کا تغیر پیدا کر دیتی ہیں۔ طبعی حالت میں عجان کی
لون دار جلد میں اسفلے نصف قطری شکن پائے جاتے ہیں جو عضلۂ عاصرہ کی دائمی بازکششی کی
وجہ سے پیدا ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۰۴)۔ جب اس عضلہ کا مقدم حصہ دریدہ ہو جاتا ہے
تو پھٹے ہوئے سرے بازکشیدہ ہو جاتے ہیں جس سے یہ عضلہ مستدیر ہونے کی بجائے
ہلالی الشکل یا نعل نما ہو جاتا ہے۔ جلد پر دونوں جانب پر اکثر اوقات ایک چھوٹا سا انخفا
گڑھا پایا جاتا ہے جو بازکشیدہ سروں کے محل کو ظاہر کرتا ہے (دیکھو شکل ۵۹۲، صفحہ
894)۔ مزید برآں دونوں جانبوں پر کے اور پچھلی طرف کے نصف قطری شکن برقرار رہتے
ہیں مگر آگے کی طرف کے غائب ہو جاتے ہیں۔ عضلۂ عاصرہ کی کفائت بعض اوقات اس قدر
متضرر ہو جاتی ہے کہ مستقیمی مخاطیہ کا ایک حصہ ایک بے ساقہ کر بچہ کی شکل میں ساقط
ہو جاتا ہے جس کی رنگت شوخ سرخ ہوتی ہے، اور عضلۂ عاصرہ کی جو گرفت انگلی پر ہوتی
ہے وہ ہمیشہ ایک قابلِ شناخت حد تک کمزور ہو جاتی ہے۔ ضرر کی زیادہ خفیف حالتوں 362
میں مریضہ کو یہ کمزوری صرف اسہال کی شکائت کی موجودگی میں یا ریح کو ضبط کرنے کی کوشش
کے دوران میں محسوس ہوتی ہے۔ شدید حالتوں میں مبرز میں عدم کفایت پائی جاتی ہے۔

ان تضررات کا علاج عجان کی ترمیم پر مشتمل ہے۔ اس عملیہ (عجان دوزی
perineorrhaphy:) کی سر انجام دہی کے طریقہ کا ذکر حصۂ پنجم باب سوم میں کیا گیا ہے
(صفحات 892 تا 904)۔

شفری اور عجانی فتق (Labial and Perineal Hernia)۔ عورتوں
میں فتق شفری صنف دیگر کے متناظر عارضہ (فتق اربی :inguinal hernia) کی نسبت
بہت کم پایا جاتا ہے۔ عورتوں میں فتق کی جو دو قسمیں عام طور پر پائی جاتی ہیں، یعنی اربی اور
فخذی، ان میں سے اربی زیادہ کثیر الوقوع ہے۔

فتق شفری میں بعض اوقات رودہ اور بعض اوقات ثرب پایا جاتا ہے۔ شاذ طور پر
اس میں مبیض اپنی رفیق نلی کے ہمراہ اور یا اس کے بغیر، یا رحم ایک یا دونوں جانب کے ضمیمہ جات
کے ساتھ پایا جا سکتا ہے۔ شکل ۱۱۹ صفحہ 162 میں ایک زائد قرن الرحم اور ایک
ناقص التمو رحمی نلی دکھائی گئی ہے، اور یہ ساختیں ایک فتقی ناچیہ سے نکالی گئی تھیں۔ چند
ایسی مثالوں کا اندراج کیا گیا ہے جن میں فتق اربی میں حامل رحم پایا گیا تھا۔ اور یہ

ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ بعض اوقات زائدۂ غمدیہ (processus vaginalis) یا قنالِ نک (canal of Nuck) کا قیلۂ مائیہ (hydrocele) فتقِ شفری سے قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ یہ شفرۂ کبیر کے مقدم نصف میں واقع ہوتا ہے، اس کی تشکّی ترم ہوتی ہے، اور یہ بلاشبہ ناقابلِ ترجیع ہوتا ہے۔

شاذ طور پر ایسا بھی ہوتا ہے کہ ڈگلس کی باریطونی جیب مہبل اور قنالِ مبرز کے درمیان عجان تک ایک ناحیہ کی شکل میں پھیلی ہوتی ہے۔ ان صورتِ حالات میں معائے صغیر کا ایک حصہ نیچے اتر آتا ہے، اور مہبلی قیلۂ معوی (vaginal enterocele) کی شکل میں نمودار ہو جاتا ہے، اور یہ عجان میں بھی عجانی فتق کی شکل میں ظاہر ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۰۵)۔ مہبلی قیلۂ معوی سطحی طور پر قیلۂ مستقیمی (rectocele) کے مشابہ ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶۱۲)، اور یہ فرجی مہبلی دوبرہ (vulvo-vaginal cyst) سے بھی مشابہت رکھتا ہے۔ قیلۂ مستقیمی کو معائے مستقیم کے امتحان سے خارج از بحث قرار دیا جاسکتا ہے۔

وجع العصعص (Coccygodynia)۔ جے سی ناٹ (J.C. Nott) نے اس مرض کا پہلا بیان ۱۸۴۴ء میں شائع کیا تھا۔ اور اس نے اس کا ذکر "عصعص کے وجع العصب" کے نام سے کیا ہے۔ اس سرجن نے ایک بیمار کے دو عصعصی فقرات نکال دئے جسے چار سال قبل گرنے سے چوٹ آئی تھی، مگر دس ماہ سے عصعص میں درد محسوس ہوتا تھا۔ عصعص کا انتہائی قطعہ پوسیدگی کی وجہ سے محض ایک خول بن گیا تھا۔ عملیہ کے بعد علامات غائب ہو گئے۔ کاکسیگوڈینیا (وجع العصعص :coccygodynia) کی اصطلاح کو جس سے یہ عارضہ اب موسوم ہے، ایڈنبرا کے سر جیمس سمپسن (Sir James Simpson) نے رواج دیا تھا۔

اس شکایت سے مرد تقریباً مامون ہیں، اور اس کی وجہ یہ بیان کی جاتی ہے کہ مرد کے حدبیاتِ ورکی (tubera ischii) عورت کی نسبت ایک دوسرے کے زیادہ قریب ہوتے ہیں، اور عصعص ان سے زیادہ بلند مقام پہ ہونے کی وجہ سے خارجی مضرت سے زیادہ محفوظ رہتا ہے۔

بحثِ اسباب۔ ہرسٹ (Hirst) کا یہ بیان ہے کہ تین چوتھائی اصابات میں یہ عارضہ تضرراتِ وضع حمل سے پیدا ہوتا ہے، لیکن گرنے یا ضرب لگنے سے بھی یہ مرض

پیدا ہو سکتا ہے ۔ بخلاف اس کے بعض اوقات تقصیر کی کوئی امارت یا روئداد موجود نہیں ہوتی؛ اور اس حالت میں جو سبب اس سے عام طور پر منسوب کیا جاتا ہے وہ رثیت (rheumatism) ہے ۔ وضع حمل کے بعد کسی عصعصی مفصل میں بالعموم ایک عارضی درد پیدا ہو جاتا ہے ۔ اس کی وجہ بآسانی سمجھ میں آسکتی ہے کیونکہ جنین کے سر کے باہر آنے کے دوران میں اس ہڈی کی خلفی غیر وضعیت کا واقع ہونا لازم ہوتا ہے؛ اور اگرچہ کسی مفصل میں خلع واقع نہ ہو رباطات بآسانی دریدہ ہو سکتے ہیں ۔ اس امر میں کوئی شبہ نہیں کہ اصابات کی ایک کثیر تعداد میں اس حالت میں بھی جبکہ یہ تسلیم کر لیا جائے کہ مرض کے پیدا کرنے کے لئے جرحہ پہلے ہی سے موجود تھا ایک عصبی عنصر نمایاں ہوتا ہے ۔

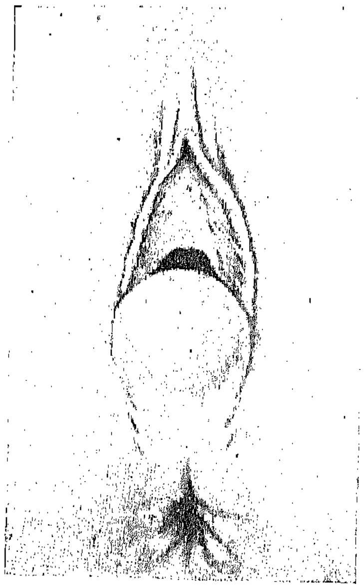
امراضیاتی تشریح ۔ ہرسٹ (Hirst) کا بیان ہے کہ اکثر اصابات میں عصعص کے کسی ایک مفصل کے رباطات دریدہ ہو جاتے ہیں ۔ دوسرا عصعصی مفصل پہلے کی نسبت زیادہ کثرت سے ماؤف ہوتا ہے اور بین فقراتی قرص دبیز اور نرم ہو جاتا ہے بعض اوقات تمام عجزی عصعصی مفاصل میں جساوۃ واقع ہو جاتی ہے ۔ مصنف موصوف نے ایک اصابہ کا ذکر کیا ہے جس میں دوسرے عصعصی فقرہ میں ایک ترچھا کسر واقع ہو گیا تھا ۔ دیگر اصابات میں نیچے کا ٹکڑا آگے کی طرف کو کھنچ کر اوپر کے ٹکڑے سے زاویۂ قائمہ پر واقع تھا جس سے ولادت 308
مابعد میں وقت کا پیدا ہونا ظاہر تھا ۔

علامات اور تشخیص ۔ عمود شوکی کے سرے پر خاص کر بیٹھنے پر درد محسوس ہوتا ہے ۔ تبرز اور مجامعت بھی درد خیز ہوتے ہیں ۔ عصعص پر دباؤ ڈالنے سے مریضہ کو تکلیف ہوتی ہے ۔

انگشت اشاریہ کو معائے مستقیم میں داخل کرنے اور انگوٹھے کو سرینی درز میں رکھ کر امتحان کرنے سے قشن مفصل سے نیچے کا ٹکڑا اوپر کے ٹکڑے کی سیدھ سے ایک طرف کو ہٹایا جا سکتا ہے؛ اور موخر الذکر کا تیز کنارہ نیچے کے ٹکڑے کو پیچھے دھکیلنے سے محسوس کیا جا سکتا ہے ۔ طبعی ہڈی کی موجودگی میں یہ عمل غیر ممکن ہوتا ہے (ہرسٹ) ۔ اگر مریضہ دبلی ہو تو ہڈی کا تیز کنارہ بعض اوقات اوپر کی جلد میں خراش پیدا کر دیتا ہے جس سے اس کے ملتہب ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے ۔

علاج ۔ کئی ایک مریض از خود شفایاب ہو جاتے ہیں؛ اور چند ماہ کے لئے مخفف

علاج کی آزمائش کرنا بہتر ہوتا ہے۔ اس حصہ پر انگوئینٹم آیوڈائی (unguentum iodi)، انگوئینٹم میتھل سیلی سیلیٹس (ung. methyl salicylatis) کی مالش کرنا چاہیئے اور مریضہ کو



شکل ۲۰۵۔ موخر مہبلی قیلہ معوی (Posterior Vaginal Enterocele)۔ اس ورم میں معائے صغیر کا ایک جزو موجود تھا جو ایک فتحہ میں سے جو ڈگلس کی جیب میں تھا قابل ترجیع تھا۔ (از سسٹم آف گائینی کالوجی مصنفہ ایڈن ولاکیسر)۔

آرام کرنا چاہیئے۔ اگر دیگر ذرائع ناکام ثابت ہوں تو عصعص برآری (coccygectomy) کا عملیہ سرانجام دینا چاہیئے۔

اورام فرج

فرج کا تہیج۔ اس حالت کی واضح ترین مثالیں ایسے حمل میں پائی جاتی ہیں جس میں البیومن بولیت کی پیچیدگی پیدا ہو گئی ہو۔ علاوہ ازیں یہ حالت امراض گردہ (جو حمل سے

غیر متعلق ہوں)، امراض قلب، فرج کی دوالی نما وریدوں، التہاب فرج (دیکھو شکل ۶، ۱ ل، صفحہ 287)، اور حوضی خلوی بافت کے تقیح کے ساتھ بھی پائی جاتی ہے۔

تہیج سے پیدا شدہ ورم سے مقامی درد اور بے آرامی پیدا ہوتی ہے۔ التہاب فرج اور تہیج کے ان اصابات میں جو کسی نظامی سبب سے پیدا ہوئے ہوں ورم دوجانبی ہوتا
ہے، اور بعض اوقات یہ اس قدر وسیع ہوتا ہے کہ شفرتین کبیر کی متقرب سطحوں میں انغثاث 364
(sloughing) پیدا کر دیتا ہے۔

علاج۔ مریضہ کو بستر پر آرام کرنا چاہیئے، اور پائینتی کو کسی قدر اونچا کر دینا چاہیئے۔ اگر تہیج انتہائی درجہ تک پہنچ گیا ہو تو ساؤدی (Southey) کی ایک نلی سے بافتوں کی میسلیت کر دینا چاہیئے، اور بورک ایسڈ یا میگنیشیم سلفیٹ کی تکمیدات کا استعمال کرنا چاہیئے، اور اس اثنا میں سبب مرض کا حتی الامکان ضرور تدارک کرنا چاہیئے۔

دوالی قیلہ (Varicocele)۔ فرج کی دوالی نما وریدوں کی واضح ترین مثالیں پیچیدگی حمل کی شکل میں دیکھنے میں آتی ہیں، مگر یہ حالت ہر ایسے سبب سے پیدا ہو سکتی ہے جس سے حوضی وریدوں میں رکاوٹ پیدا ہو۔

علامات۔ مریضہ درد مستمر اور ورم فرج کی شکائت کرتی ہے۔

امارات۔ وریدیں تاریک نیلی رنگت کی پیچیدہ ساختوں کی شکل میں ایک یا دونوں شفرتین کبیر پر ظاہر ہوتی ہیں، اور شدید اصابات میں یہ اربی خطہ تک پائی جاتی ہیں۔ یہ بالعموم نرم ہوتی ہیں اور دبانے پر مشمولات سے خالی ہو جاتی ہیں، لیکن بعض اوقات یہ سخت اور گرہ دار ڈوریوں کے تودہ کی طرح معلوم ہوتی ہیں، اور ان کے تصلب کا سبب علقی وریدی التہاب (thrombophlebitis) ہوتا ہے۔ بعض اوقات خون زیر جلدی بافتوں میں رس آتا ہے جس سے علی حالہ اور متغیر اللون جلد کے نیچے ایک منتشر سختی پیدا ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی جلد اور وریدیں پھٹ بھی جاتی ہیں اور اس طرح ایک خوفناک نزف واقع ہو جاتا ہے جو بعض اوقات مہلک ثابت ہوتا ہے۔

علاج۔ اگر یہ حالت دوران حمل میں اپنے انتہائی درجہ کو پہنچ جائے تو مجبوراً امالۂ ولادت کے سوال پر غور کرنا پڑتا ہے۔ اور اگر انشقاق کے بعد شدید نزف واقع ہو جائے تو ورید کو منکشف کر کے باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

فرج کی بیش پرورشی اور بیش تکونی حالتیں ۔ اس عنوان کے تحت بعض ایسی حالتیں بیان کی جائیں گی جو بالعموم اکتسابی ہوتی ہیں، اور عام طور پر کسی مزمن خراش کا نتیجہ ہوتی ہیں۔ خلقی بیش پرورش نادر الوقوع ہے، اور جب کبھی یہ پائی جاتی ہے تو خارجی اعضائے تناسل کے انفرادی حصوں مثلاً شفرتین صغیر اور بظر تک ہی محدود ہوتی ہے۔

(۱) **بظر کی بیش پرورش** ۔ یہ حالت بالعموم خلقی ہوتی ہے، مگر اس کا ایک خفیف سا درجہ مزمن خراش (مثلاً وہ جو التہاب فرج سے پیدا ہوتی ہے) کے نتیجہ کے طور دیکھنے میں آتا ہے۔ مساحقت سے عام طور پر اس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا، گو یہ بھی معلوم ہو چکا ہے کہ اس فعل سے اس عضو میں کسی قدر کلانی پیدا ہو جاتی ہے۔ بیش تکون کے نمایاں اصابات ہمیشہ خلقی ہوتے ہیں، اور ان میں بعض اوقات تحت مبالیت (hypospadias) بھی موجود ہوتی ہے۔

علاج ۔ خلقی بیش پرورش کے لئے علاج کی بالعموم کوئی ضرورت نہیں ہوتی، لیکن بعض حالتیں ایسی ہوتی ہیں کہ ان میں مہبل منفتح ہوتی ہے اور کلانی یا فتنہ بظر رکاوٹ یا جماع مولم کا باعث ہوتا ہے۔ ایسی صورت حالات میں اس عضو کو کلی یا جزوی طور پر الگ کر دینا چاہئے۔ خفیف سی کلانی کی صورت میں جو سرانئی اعمال یا مساحقت سے پیدا ہوئی ہو بظر کا استیصال نہ کرنا چاہئے۔

(۲) **شفرتین صغیر کی بیش پرورش** ۔ شفرتین صغیر بعض اوقات اس قدر متطول ہوتے ہیں کہ طویل معلق شکنوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ یہ حالت بعض اوقات خلقی ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ دوسرے تشوہات، مثلاً فوق مبالیت (epispadias) موجود ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ 156)۔ علاوہ ازیں یہ مساحقت سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کا آخری سبب ایک قسم کی دست ورزی ہے جو کلانی پیدا کرنے کے لئے قصداً عمل میں لائی جاتی ہے۔ اور اس کی مثال جنوبی افریقہ کے ہوتنتات باشندوں اور بعض سرکیشیائی نسلوں کے رواجات میں ملتی ہے جو بعض طریقوں سے اپنی لڑکیوں میں شفرتین صغیر میں بے حد بیش پرورش پیدا کر دیتے ہیں جو "ہوتنتائی پیش بند" ("Hottentot apron") کے نام سے بیان کی جاتی ہے۔ بیش پرورده شفرتین صغیر بعض اوقات مجامعت میں مانع آتے ہیں، اور یا چلنے پھرنے میں کپڑوں کے تماس سے ان میں خراش پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر کسی باکرہ عورت میں بظر اور شفرتین صغیر دونوں اس حد تک کلانی یافتہ ہوں کہ رانوں کے ایک دوسری سے الگ کرنے کے بغیر شفرتین کبیر کے درمیان سے باہر ابھرے ہوئے

دکھائی دیں تو مساحقت طفولیت کا شبہ کیا جا سکتا ہے۔ اگر وائیں طرف کا شفرۂ صغیر خاص
طور پر کلانی یافتہ ہو تو یہ اس امر کی زیادہ قوی دلیل ہے۔ بہر کیف مساحقت سے کسی قسم کا
کوئی طبیعی تغیر لازمی طور پر پیدا نہیں ہوتا۔ اگر بیش پرورده شفرتین صغیر خراش کا منبع ثابت 365
ہوں تو ان کو جزوی یا کلی طور پر کاٹ کر دور کیا جا سکتا ہے۔

(۳) فلطاحی سلعہ (Condylomata)۔ وہ مقامی ضرات جلد جو خواہ دوران
سوزاک میں پیدا ہوں (زہراوی مسے :venereal warts) یا آتشک کے ثانوی درجہ
میں ایسی مقامی بیش پرورش کی مثالیں تصور کئے جا سکتے ہیں جو التہابی عمل سے ثانوی طور پر واقع
ہوتی ہے۔ ان ضرات کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحات 286 و 302)۔

(۴) جلد خورہ (Esthiomène)۔ ہگیر (Huguier) نے ۱۸۴۹ء میں استھیومین
(کھا جانا: ἐσθίειν) کی اصطلاح کا اطلاق ایک قسم کی مزمن کرہیجی
بیش پرورش پر کیا تھا جو ثانوی تقرح کے ساتھ جسے وہ غالباً درنی الاصل تصور کرتا تھا
پائی جاتی ہے۔ بعض متاخرین اس کو آتشکی تصور کرتے ہیں (کرز :Kurz)، اور بعض اسے ذئبہ
(lupus) کی ایک قسم خیال کرتے ہیں اور بعض اسے داء الفیل (elephantiasis) سمجھتے
ہیں۔ قرین قیاس یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس نام کے تحت مختلف الانواع اصابات جمع کئے
گئے ہیں، جن میں سے بعض تدرنی ہیں، بعض آتشکی، اور بعض مزمن سرائتی اصل کے
جس کا سبب نامعلوم ہے۔

یہ مرض ادنیٰ درجہ کی فاحشہ عورتوں میں پایا جاتا ہے، اور غلاظت اور مسلسل
مقامی خراش کو متلازم ہوتا ہے۔

مرضی تشریح اور نسیجیات۔ اس مرض کے دو اہم خصائص تقرح اور بیش پرورش
ہیں، اور یہ دونوں تمام اصابات میں مختلف مدارج میں پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات
تمام فرج بدشکل ہو جاتی ہے، اور اس کا خاکہ متغیر ہو جاتا ہے جو حصے بہت کثرت سے
متاثر ہوتے ہیں وہ بظر اور شفرتین صغیر ہیں۔ موخر الذکر شفری تجویف (labial sulcus) سے

Lena Kurz, "Esthiomène or lupus vulvæ," *Jurn., Obst. and Gyn., Brit. Emp.*, 1913, xxiii.

سا قیچہ دار یا بے سا قیچہ دبیز شکنوں کی طرح باہر کی طرف نکلے ہوتے ہیں۔ اور ان کی بے قاعدہ سطح عمیق انشقاقات کے ذریعہ سے تلافیف میں منقسم ہوتی ہے۔ ان انشقاقات میں تقرح واقع ہو جاتا ہے اور اس طرح ناسور بن جاتے ہیں۔ جلد کی رنگت زرد یا بہت ہلکی سفید ہو جاتی ہے، اور یہ خشک اور سخت ہوتی ہے۔ بیش پرورده بافتیں محکم ہوتی ہیں، اور چھونے پر لچکدار محسوس ہوتی ہیں، اور ان میں درد بالکل نہیں ہوتا۔

کسی زیر مشاہدہ اصابہ میں تقرح کی وسعت بیش پرورش کی مقدار سے بالعکس متناسب ہوتی ہے۔ مرض کے شدید اقسام میں عمیق تقرح سے بافتیں تباہ ہو جاتی ہیں اور اسکے بعد مبال، مبال اور معائے مستقیم میں بے انثقابی (atresia) پیدا ہو جاتی ہے۔

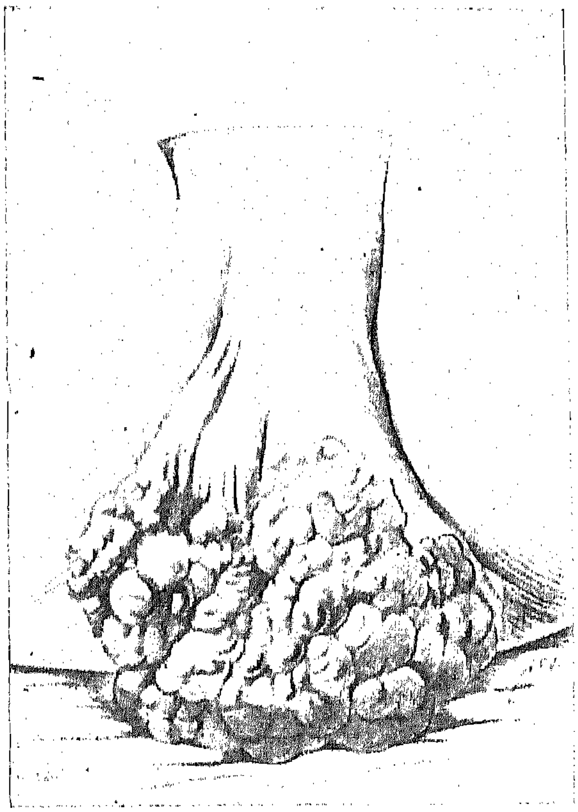
نسیجیات۔ ماؤف بافتوں کے اہم خصائص ان کی کثافت، گول خلیوں کی دراندازی کے قطعات کی موجودگی، احتقان عروق، دبازت یافتہ عروق شعریہ، اور کلاں تر عروق کا دروں شریانی التہاب (endarteritis) اور وسط شریانی التہاب (mesarteritis) ہیں۔

انذار۔ اگر علاج جلد شروع کر دیا جائے تو صحت ہو جاتی ہے۔ اور اگر مرض کئی سالوں سے چلا آ رہا ہو تو علاج کرنے سے فائدہ نہیں ہوتا اور اگر ہوتا ہے تو بہت کم۔ اس مرض میں ناسور بننے اور تحلیل قوت سے موت واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ جلد خورہ کے مرض کے متاخر مدارج میں جو علامات پائے جاتے ہیں وہ حوضی التہاب باریطون، اسہال، اور ارتفاع حرارت ہیں۔ کرز (Kurz) نے جن چھ واقعات کا اندراج کیا ہے ان میں سے ایک میں خبائث (سرطانی سلعہ) نمودار ہو گئی تھی۔

علاج۔ جن اصابات میں واسرمین کا تعامل مثبت ہو ان میں علاج سالورسن (salvarsan) کے کسی بدل کا اشراب کرنے پر مشتمل ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 304)۔ اور اسکے بعد سیماب، بسمتھ اور آئیوڈائیڈ آف پوٹاشیئم کا استعمال کیا جاتا ہے۔ مقامی علاج کے نقطۂ نظر سے سب سے زیادہ ضروری چیز غائت درجہ کی صفائی ہے، اور غسل ورکی اکثر دینا چاہئے اور لوشیو نائیگرا (lotio nigra) کا استعمال بکثرت کرانا چاہئے، اور قروح پر سلور نائیٹریٹ (silver nitrate) کے ۵ فی صدی محلول یا ۳ فی صدی پکرک ایسڈ کا طلا کرنا چاہئے۔ عجان کو خشک رکھنا چاہئے اور بورک ایسڈ اور کیلومیل کا سفوف

چھڑکنا چاہئے۔

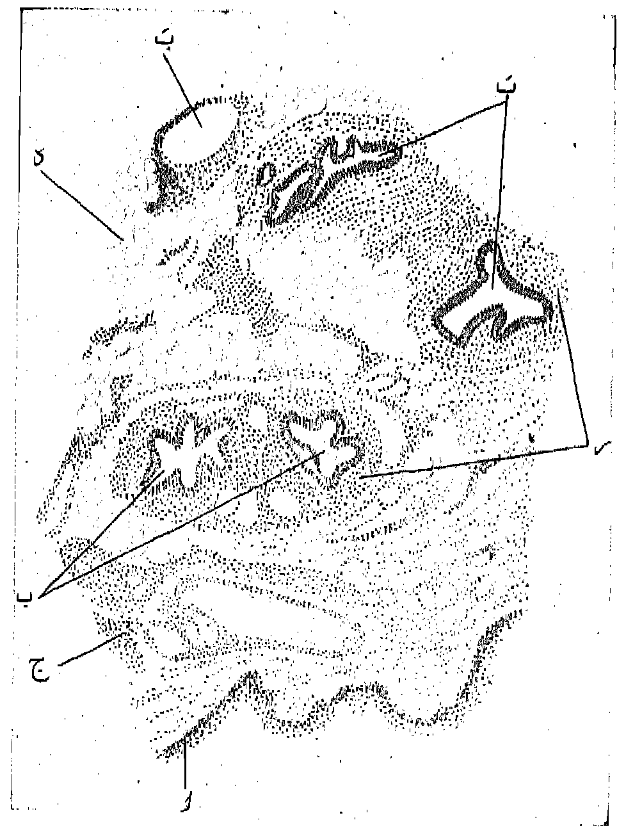
جب طبی علاج سے کوئی فائدہ نہ ہو تو بیش پرورد ہ رقبہ کو بتمامہ دور کر دینا چاہئے، 366
اور اس کے بعد دافع آتشک علاج جاری رکھا جا سکتا ہے۔



شکل ۲۰۶۔ فرج کا داء الفیل ثؤلولی قسم (میکلین :Maclean)۔ ثؤلولی بالیدہ کا ایک عظیم الجسامت پاسیچیدار تودہ خارجی اعضائے تناسل پر معلق ہے، اور بظر کے قرب و جوار میں فرج کے مقدم حصہ سے پیوستہ ہے۔

(۵) داء الفیل (Elephantiasis)۔ فرج کا داء الفیل اس ملک (انگلستان) میں نادر الوقوع ہے گو تاریک رنگ نسلوں کی عورتوں میں یہ نسبتہً زیادہ پایا جاتا ہے بہرکیف

اصابات کی ایک کافی تعداد کا اندراج کیا جا چکا ہے جن میں سے بعض کو مصنفین نے آتشک
367 کے ساتھ منسوب کیا ہے اور بعض صادق داء الفیل عربی (elephantiasis arabum) کی



شکل ۲۰۷۔ دائیں شفرۂ صغیر کے ایک غدی سلعہ کی تراش جو میاں شفری تجویف (interlabial sulcus) کے قریب واقع تھا۔ ×۶۸۔ (ل) سر طلحہ۔ (ب ب ب) غدی انبیبات۔ (ج) گول خلیوں کی دردریزش۔ (د) شحمی بافت۔ (س) "مولدِ خلیہ قشارہ" (cytogenous mantle)۔ مولدِ خلیہ قشارہ کی موجودگی دروں رحمی اصل پر دلالت کرتی ہے اور اس قسم کے سلعات کا ذکر اب "دروں رحمی سلعاتت" (endometriomata) کے تحت کیا جاتا ہے۔

مثالیں ہیں۔ بعض اصابات میں یہ مرض خلقی ہوتا ہے (بیلنٹائن :Ballantyne)۔ میکلین (Maclean) نے صادق داء الفیل کی ایک مثال ورج کی ہے جس میں مرض دائیں سرین اور ٹانگ اور فرج پر اثر انداز تھا۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مرض کی ابتدا شفرتین صغیرین میں ہوتی ہے، اور یہ نہایت ہی مزمن طرز اختیار کر لیتا ہے۔ کچھ زمانہ گزرنے کے بعد کرنبی یا ثولولی یا لیدوں کے بڑے بڑے تودے بن جاتے ہیں جن کا وزن کئی پونڈ ہوتا ہے، اور یہ ساقچہ دار ہو کر رانوں کے درمیان معلق ہو جاتی ہیں، اور ان میں سطحی تقرح کی طرف ایک واضح میلان پایا جاتا ہے (شکل ۲۰۶)۔ ثولولی قسم (داء الفیل ثؤلولی :E. verrucosa) ہموار قسم کی نسبت زیادہ عام ہے۔ بعض اوقات داء الفیل کے غیر مشتبہ اصابات میں بھی خون میں فلاریا (filaria) نہیں پایا جاتا جیسا کہ میکلین کے ایک مندرجہ اصابہ میں پایا گیا۔ نسیجیاتی طور پر یہ بالیدہ لیفی بافت پر مشتمل ہوتی ہے جس میں کئی ایک متسع لمفی فضائیں موجود ہوتی ہیں، اور اس میں اکثر اوقات مخاطی سلعی (myxomatous) انحطاط جاری ہوتا ہے۔ اس مرض پر ادویہ کا کچھ اثر نہیں ہوتا، لیکن فرج میں سے بیش پرورده تودوں کا جراحی ازالہ بالعموم ممکن العمل ہوتا ہے اس لئے اسکا انداز اس حالت کی نسبت زیادہ موافق ہوتا ہے جبکہ مرض جوارح اسفل پر اثر انداز ہو۔ صفن کا داء الفیل فرج کے داء الفیل کی نسبت بہت زیادہ کثرت کے ساتھ دیکھنے میں آتا ہے۔

فرج کی نوساختیں

سلیم سلعات

لیفی سلعہ (Fibroma) قلیل الوقوع نہیں۔ زیر جلدی اتصالی بافت میں پیدا ہونے کے بعد عام طور پر اس کا ساقچہ بن جاتا ہے، لیکن بعض اوقات یہ بے ساقچہ ہی ہوتا ہے اور بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ بڑے سلعوں پر وریدی رکود اور رگڑ کی وجہ سے سطحی قرحے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ بالعموم محکم اور سخت ہوتے ہیں۔ لیکن بعض اوقات ان میں مخاطی سلعی یا کلسی انحطاط بھی 368
واقع ہو جاتا ہے۔ ان سے سوائے ان علامات کے جو ان کے عظیم الجسامت ہونے کی وجہ سے

پیدا ہوتے ہیں دوسرے اور کوئی علامات رونما نہیں ہوتے۔ ساقچہ کو کاٹنے اور متعلقہ عروق کو باندھنے سے ان کو آسانی سے دور کیا جا سکتا ہے۔

شحمی سلعہ (Lipoma)۔ فرج کے لحمی سلعہ کے مقابلہ میں شحمی سلعہ نو بالیدگی کی ایک زیادہ نادرالوقوع قسم ہے۔ یہ شفرتین کبیر میں ساقچہ دار یا کیسہ بند یا انتشاری بالیدگی کی شکل میں واقع ہوتا ہے۔

حلیمی سلعات (Papillomata)۔ یہ سلعات مزمن سوزاک کے اصابات میں اکثر جلدی سطحوں پر واقع ہوتے ہیں، اور ان کا ذکر زہراوی امراض کے باب میں "نوکدار فلطاحی سلعات" ("Condylomata acuminata") یا "زہراوی مسوں" ("Venereal Warts") کے نام سے کیا گیا ہے۔

غدی سلعات (Adenomata) اور دروں رحمی سلعات (Endometriomata)۔

فرج کے غدی سلعات مختلف مقامات پر پائے جاتے ہیں، اور وہ مقامات یہ ہیں:۔ (١) شفرۂ صغیر کے بالائی حصہ میں (دیکھو شکل ٢٠٧)۔ (٢) مبال کے قرب و جوار میں (فرجی مبالی) جہاں یہ بعض اوقات خبیث بن جاتے ہیں، اور ایک قسم کا مبالی سرطان پیدا کر دیتے ہیں (دیکھو شکل ٢٢٥)۔ (٣) بعض اوقات یہ بارتھولینی غدہ میں پیدا ہوتے ہیں (دیکھو شکل ٣٨١)۔ (٤) آخر میں چھوٹے چھوٹے غدی سلعے شفرۂ کبیر کی جلد میں بھی واقع ہوتے ہیں جہاں ان کی ابتدا کا سراغ کسی دہنی غدہ تک لگایا جا سکتا ہے (دہنی غدی سلعہ adenoma sebaceum:)۔

دروں رحمی سلعات شفرۂ کبیر کے بالائی حصہ اور خارجی شکمی حلقہ کے خطہ میں پائے جاتے ہیں، اور گاہے گاہے یہ شفرتین صغیر اور عجان پر بھی رونما ہوتے ہیں (دیکھو شکل ٢٠٧)۔ اس قسم کے سلعات کے متعلق رباطات مستدیر کے شفرتین کبیر میں منتہی ہونے کی مناسبت سے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ جنینی نوساختوں کی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں، اور بعض مصنفین نے ان کی پیدائش کو ملری بافت کے ان حصوں سے منسوب کیا ہے جو رباط مستدیر کے ذریعہ سے قنال نک (canal of Nuck) میں سے گزر کر نیچے آ جاتے ہیں۔ یہ بعض اوقات بالکل ٹھوس اور بعض اوقات جزوی طور پر دویری ہوتے ہیں (دیکھو شکل ٢٠٩ صفحہ 507)، موخر الذکر حالت میں ان میں تقریباً ہمیشہ متغیر خون

موجود ہوتا ہے اور دوران حیض میں ان کی جسامت بڑی ہوجاتی ہے۔ ان کی نسیجیات دروں رحمی سلعات کے مشابہ ہوتی ہے جو رحم میں پیدا ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ 500)۔ شفر تین صغیر اور عجان کے دروں رحمی سلعات کو بعض محققین دوران حیض میں دروں رحمی پیوند لگنے کا نتیجہ تصور کرتے ہیں۔

مخاطی سلعات (Myxomata) کا ذکر کیا جاچکا ہے۔ یہ غالباً اختلاط یافتہ ساقچہ دار لیفی سلعات ہیں۔

دہنی (Sebaceous) اور مخاطی دوپرے (Mucous Cysts) شفرۂ صغیر میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ نوساختیں نہیں ہیں بلکہ یہ دہنی اور مخاطی غدد کی مسدود قناتوں میں دہن اور مخاط کے محبوس ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔

مسخوطی سلعی دوپرے (Teratomatous Cysts) (دوپری مضغی سلعات Cystic embryomata:) بھی فرج میں پائے جاتے ہیں مگر یہ بہت نادرالوقوع ہیں۔

خبیث بالیدیں

مندرجۂ ذیل خبیث بالیدیں فرج میں ابتدائی طور پر پیدا ہوسکتی ہیں، اور کثرتِ وقوع کے لحاظ سے ان کی ترتیب یہ ہے:۔ فلسمائی خلیہ دار سرحلمی سلعہ (squamous-celled epithelioma)، سلعۂ اسود (melanoma)، لحمی سلعہ، غدی سرطان، درحلمی سلعہ، اور قرحۂ قارضہ۔ ثانوی بالیدیں فرج میں شاذونادر ہی پائی جاتی ہیں مگر سلوی سرطان (chorionic carcinoma) اس سے مستثنیٰ ہے، کیونکہ اس مقام پر اس کا مشاہدہ نسبتہً بکثرت کیا گیا ہے۔

سرحلمی سلعہ (Epithelioma) (فلسمائی خلیہ دار سرطان squamous-celled carcinoma:) جہاں تک عورت کے اعضائے تناسل کا تعلق ہے سرطان فرج پر شاذونادر ہی پیدا ہوتا ہے۔ سرطان فرج پیرانہ سالی کا مرض ہے۔ اس کے نقاطِ ابتدا بلحاظ (دیکھو شکل ۲۰۸)، شفر تین کبیر (شکل ۲۱۱)، شفر تین صغیر (شکل ۲۱۲)، اور عجان ہیں۔ اس بالید کے ممیز خواص یہ ہیں کہ بافتوں میں وسیع جدید تکون پایا جاتا ہے، اور ابتدائی مدارج ہی میں سطحی تقرح کی طرف میلان موجود ہوتا ہے۔

اردگرد کی بافتوں میں ایک منتشر دریزشش پائی جاتی ہے، اور اربی لمفی غدد بھی ماؤف ہوتے ہیں۔

بظر کا سرطانی سلعہ۔ یہ امر مختلف فیہ ہے کہ سرطان کا نقطۂ ابتداء عام طور پر بظر ہوتا ہے یا شفرتین ہوتے ہیں۔ ہم نے اپنے تجربہ میں سرطان بظر کی نسبت سرطان شفرتین کی زیادہ مثالیں دیکھی ہیں۔ جب بظر ابتداءً ماؤف ہوتا ہے تو مرض غلفہ پر ایک سخت

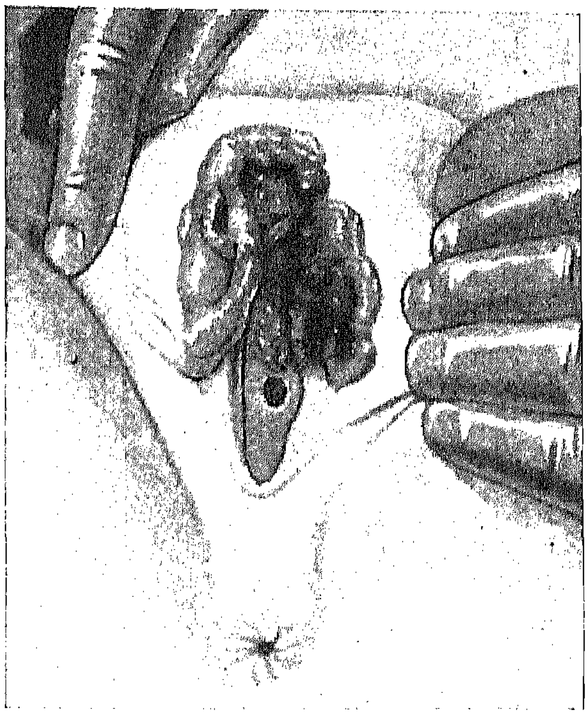
369 کریہہ کی شکل میں نمودار ہوتا ہے، جو جلد ہی متقرح ہو جاتا ہے۔ اردگرد کی بافتوں میں ایک



شکل ۸-۲ - بظر کا سرطانی سلعہ (epithelioma) دائیں شفرۂ صغیرہ پر کے سروح (metastasis) کے ساتھ۔

منتشر دریزشش پائی جاتی ہے، اور اربی غدد بالعموم جلد ہی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مرض کی رفتار بعض اوقات تیز ہوتی ہے اور بعض اوقات سست، اگر بظر چونکہ بہت حساس ہوتا ہے اس لئے اس حالت کے مقابلہ میں جبکہ سرطان شفرتین میں شروع ہوا ہو اس حالت کے جلد شناخت کئے جانے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ فرٹش (Fritsch) نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ سرطان بظر سے گرد مبالی توسیع اکثر واقع ہو جاتی ہے۔ جب تقرح اچھی طرح پیدا ہو جاتا ہے تو سطح رسنے لگتی ہے، مواد میں جلد ہی عفونت پیدا ہو جاتی ہے

اور یہ بدبودار ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات مواد میں خون بھی ہوتا ہے، لیکن کثرتِ نزف آخری مدارج کے بھی ممیز خواص سے نہیں۔ سرطان فرج اور بیاضی سطحیت کے باہمی تعلق پر پہلے بحث کی جاچکی ہے۔ ان دونوں امراض کے اکھٹے واقع ہونے کی حالت شکل ۲۰۹ میں بخوبی



شکل ۲۰۹۔ اس تصویر میں فرج کا سرطلمی سلعہ (epithelioma) اور اس کی بیاضی سطحیت (leucoplakia) اکھٹے پائے گئے ہیں۔ موخرالذکر سے شفرتین اور عجان ماؤف ہیں۔ شفرتین کو خبیث عمل کی وسعت دکھانے کے لئے جو دہلیز پر سے گزر کر مبال کے دہنہ تک پھیل گیا ہے پیچھے کھینچ لیا گیا ہے۔

واضح کی گئی ہے۔

شفرتین کا سرطلمی سلعہ۔ یہ مرض عام ترین طور پر شفرۂ کبیر کی اندرونی سطح پر شروع ہوتا ہے، اور یہاں سے یہ شفرۂ صغیر تک پھیل جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۱۱)۔ بعض اوقات

یہ پہلے پہل ایک سخت کرہیچہ کی شکل میں نمودار ہوتا ہے جو اسی کرہیچہ کے مشابہ ہوتا ہے جو
بظر کے فلقہ پر پیدا ہوتا ہے اور جس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے، مگر تقرح شروع ہونے سے
پہلے یہ بعض اوقات معتد بہ جسامت اختیار کر لیتا ہے۔ علاوہ ازیں بعض اوقات ابتدا
میں یہ ایک چھوٹے سے ملتہب قرحہ کی شکل میں دکھائی دیتا ہے، جس کی کوریں منقلب 370

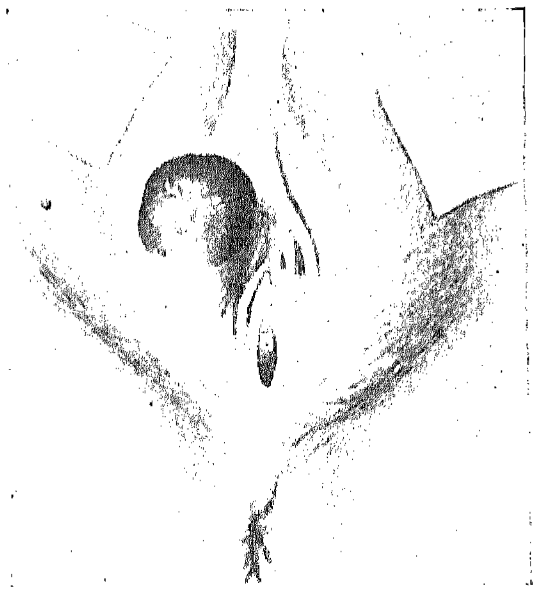


شکل ۲۱۰۔ فرج کا فلسانی خلیدار سرطان (Squamous-celled Carcinoma)۔
یہ تراش شفرۂ صغیر کے قاعدہ پر سے لی گئی ہے۔ عمیق مرحلہ سے پیدا شدہ سرطانی
خلیوں کے زائدے زیر سر حلمی بافت میں نفوذ کر گئے ہیں۔

اور باہر کی طرف مڑی ہوتی ہیں۔ نیز انجام کار یہ ایک عمیق شقاق کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔
تقرح بتدریج شفرتین کی تمام سطح پر پھیل جاتا ہے، اور اس سے نہایت بدبودار رقیق اور
مصلی قیحی مواد پیدا ہوتا ہے۔ سرطانِ بظر کی طرح اس میں بھی تررف زیادہ واقع نہیں ہوتا
تاوقتیکہ کوئی بڑا عرق خبیث خلیوں سے متآکل نہ ہو جائے۔ شکل ۲۱۲ میں اس کی ایک

کسی قدر غیر معمولی قسم دکھائی گئی ہے جس میں بالید کی سطح پر جس سے تمام شفرۂ کبیر ماؤف ہے حلیمہ نما زائدے نہایت کثرت سے منتصب ہیں۔ اس قسم کا منظر اس صورت میں زیادہ عام ہوتا اگر بالید کے اتنی جسامت (جو تصویر میں دکھائی گئی ہے) اختیار کرنے سے پہلے ہی اس میں بالعموم تقرح واقع نہ ہوتا۔

شفری سرطان کی ایک دلچسپ خصوصیت یہ ہے کہ یہ متعدد بھی ہوتا ہے، 371



شکل ۲۱۱ - یہ سرطلمی سلعہ (Epithelioma) دائیں شفرۂ کبیر کی اندرونی جانب سے پیدا ہوا ہے، اور اسی طرف کا شفرۂ صغیر بھی اس سے ماؤف ہو گیا ہے۔ اس مریضہ کی عمر ۶۰ سال تھی۔

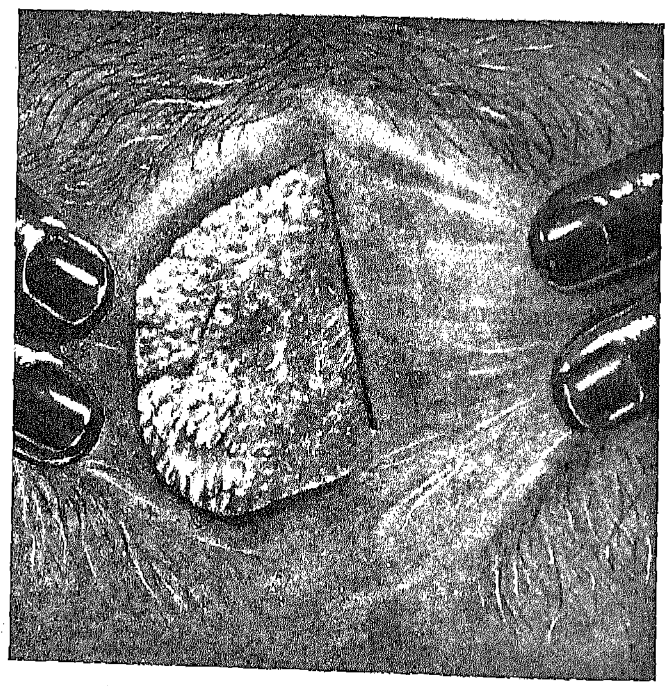
اور اس کی وجہ بعض اصابات میں انتصاب ہوتی ہے، اور بعض اصابات میں اس امر کی بھی خردبینی شہادت موجود ہوتی ہے کہ سرطانی خلیوں کے عمیق زائدے باہر نکل کر سطحی بالیدوں کو ملا رہے ہیں جو بظاہر الگ الگ دکھائی دیتی ہیں (بونی : Bonny)۔

اس کے نسیجیاتی خواص ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ دوسرے حصوں کے

سرطلی سلعہ کے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۱۰)۔ اکثر حصوں میں سرطلی موتی بافراط پائے جاتے ہیں۔

غدی سرطان (Adeno-carcinoma) کی ابتدا ہمیشہ بارتھولن غدہ میں، یا اس کی قنات میں، اور یا گرد مبالی غدد میں ہوتی ہے۔ صفحہ 381 پر اس کا بیان دیا گیا ہے۔

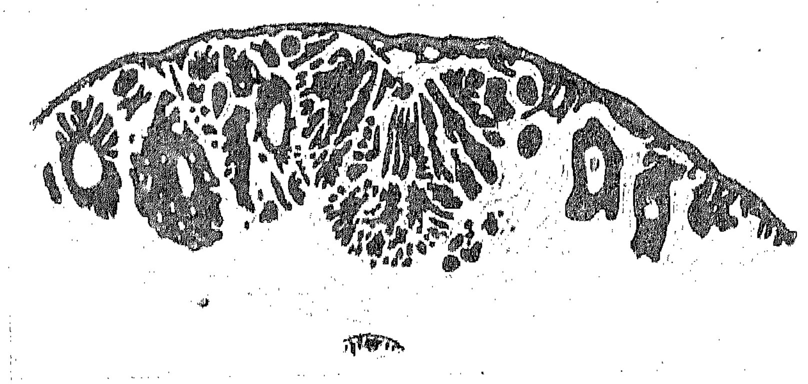
قرحۂ قارضہ (Rodent Ulcer)۔ خبیث مرض کی یہ قسم فرج میں بہت نادر الوقوع ہے۔ اس کی ابتدا ادمہ میں ہوتی ہے اور سطحی سرطلہ سے نہیں ہوتی۔ بعض اوقات 372



شکل ۲۱۲۔ دائیں شفرۂ صغیرہ کا سرطلی سلعہ (Epithelioma)۔ اس کے غیر معمولی خواص یہ ہیں کہ اس کی سطح حلیمہ نما ہے اور تقرح موجود نہیں۔

یہ مرض دہنی غدد اور شعری جرابات میں بھی شروع ہوتا ہے، لیکن عرقی غدد سے اس کا پیدا ہونا ثابت نہیں ہوا۔ ادمۂ صادق (cutis vera) میں شروع ہونے کے بعد یہ بالیدہ بر ادمہ کے نیچے پھیل جاتی ہے جس پر نیچے کی طرف سے حملہ ہوتا ہے۔ لہٰذا سرطلی سلعہ اور قرحۂ قارضہ میں یہ تضاد پایا جاتا ہے کہ اول الذکر بر ادمہ پر ادمہ کی طرف سے حملہ آور ہوتا ہے خلیوں کے

نمو سے صراحی نما تودے بن جاتے ہیں جن سے گرز نما زائدے باہر کی طرف نکل آتے ہیں (دیکھو شکل ۲۱۳)، اور یہ زائدے برادمہ کے نیچے نیچے بڑھتے چلے جاتے ہیں جس میں انکاثر واقع نہیں ہوتا۔ سطحی سر حلمہ انجام کار باریک ہو کر رگڑ سے اتر جاتا ہے، اور نیچے کی بالیدہ منکشف ہو جاتی ہے، اور اس طرح ایک قرحہ بن جاتا ہے۔



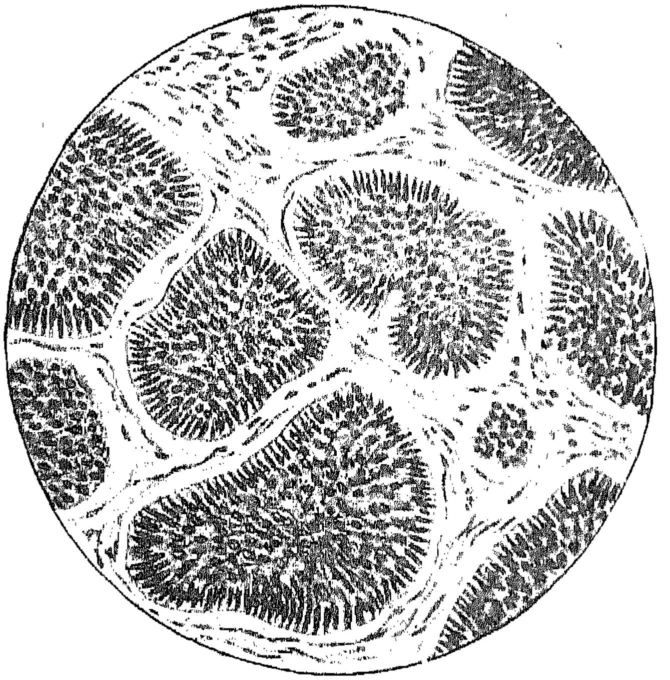
شکل ۲۱۳۔ شفرۂ کبیر کا قرحۂ قارضہ (Rodent Ulcer) جیسا کہ یہ ادنیٰ طاقت سے دکھائی دیتا ہے۔ گرز نما سر حلمی زائدوں کو غور سے دیکھا جائے جن پر یہ بالیدہ مشتمل ہے اور جن کا سطحی سر حلمہ سے کوئی تعلق نہیں۔

اس بالیدہ کے انفرادی خلیات شکل میں گول اور سر حلمی سلعہ کے خلیات سے بہت چھوٹے ہوتے ہیں۔ ان میں تفرق پیدا نہیں ہوتا بلکہ اس کے خلاف ان میں خالیہ دار بننے کا بہت سا 378
میلان پایا جاتا ہے، اور اس طرح خلوی تودوں کے مرکز میں فضائیں پیدا ہو جاتی ہیں (دیکھو شکل ۲۰۳)۔ "خلوی آشیانے" ("cell nests") شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتے ہیں، اور جب کبھی یہ موجود ہوتے ہیں تو یہ صغیر الجسامت اور ناقص النمو ہوتے ہیں۔

فرج کا قرحۂ قارضہ محض سن رسیدہ عورتوں ہی میں دیکھنے میں آتا ہے، اور یہ نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ اگر اسے اس کے ابتدائی مدارج میں دیکھا جائے تو یہ شفرۂ صغیر کی جلد میں ایک صاف اور بیٹھے کر بجچہ کی شکل کا معلوم ہوتا ہے۔ اس سے کسی قسم کا درد پیدا نہیں ہوتا، اور اس کے اردگرد بیش دمویت کا منطقہ نہیں پایا جاتا۔ جو باریک سر حلمہ

حلیمات کے مراکز کو پوشیدہ کئے ہوتا ہے وہ کچھ عرصہ گزرنے کے بعد متقرح ہو جاتا ہے،
اور بعد میں بالید گہرائی میں ترقی کرنے لگتی ہے، اور سطحی تقرح بھی اس کے دوش بدوش
جاری رہتا ہے۔

قرحہ کی سطح صاف اور کسی قدر دبی ہوئی ہوتی ہے، اور یہ ایک بے قاعدہ، سخت



شکل ۲۱۴۔ شفرۂ کبیر کے قرحۂ قارضہ (Rodent Ulcer) کے سرحلمی زائدے
جیسے کہ یہ اعلیٰ طاقت سے دکھائے گئے ہیں۔ (شکل ۲۱۴ میں بھی یہی بالید دکھائی گئی ہے۔)

اور لپٹی ہوئی کور سے محدود ہوتا ہے۔ مواد رقیق اور آبی ہوتا ہے۔ لمفی غدد اور احشاء کبھی
ماؤف نہیں ہوتے، لیکن یہ بالید بعض اوقات مقامی دراندازی کے ذریعہ سے عانی ہڈیوں
تک پہنچ جاتی ہے اور ان کو مشاکل کر دیتی ہے۔ یہ بہت آہستہ بڑھتی ہے اور تمام خبیث
سرحلمی بالیدوں میں سے قرحۂ قارضہ سب سے کم خبیث ہے۔ فرج کے سرحلمی سلعہ اور

قرحۂ قارضہ دونوں کا علاج استیصال ہے جو آزادی سے کیا جاتا ہے۔ سرطلی سلعہ کی صورت میں فرج کے استیصال کے ساتھ اُربی اور سطحی تحذی غدد کے دونوں گروہوں کا مکمل اخراج بھی ضرور کر دینا چاہئیے اور سب بافتوں کو ایک ہی تودہ کی شکل میں الگ کرنا چاہئیے (شکل ۶۰۰ اور صفحہ 905)۔ خبیث نو ساختوں کے لئے فرج کا استیصال برقی حرارت رسانی (diathermy) کی مدد سے بہترین طور پر کیا جا سکتا ہے' اور جہاں تک بیرونی خبیث خلیات کو تباہ کرنے' اور عین دوران عملیہ میں نزف کی مقدار کو کم کرنے کا تعلق ہے اس طریقۂ عمل میں معتدبہ فوائد موجود ہیں۔ بعض ارباب سند ریڈیئم کے علاج کی تعریف کرتے ہیں جو سطحی اطلاقات اور بالید
کی "تابیر" (needling) سے کیا جاتا ہے' لیکن استیصال کے نتائج اس قدر قابل اطمینان 374
ہیں کہ ہم (ٹی۔ ڈبلیو) اس سلسلہ میں ریڈیئم کے استعمال کو صرف مقامی عود مرض ہی کے لئے محفوظ رکھنے کو ترجیح دیتے ہیں۔

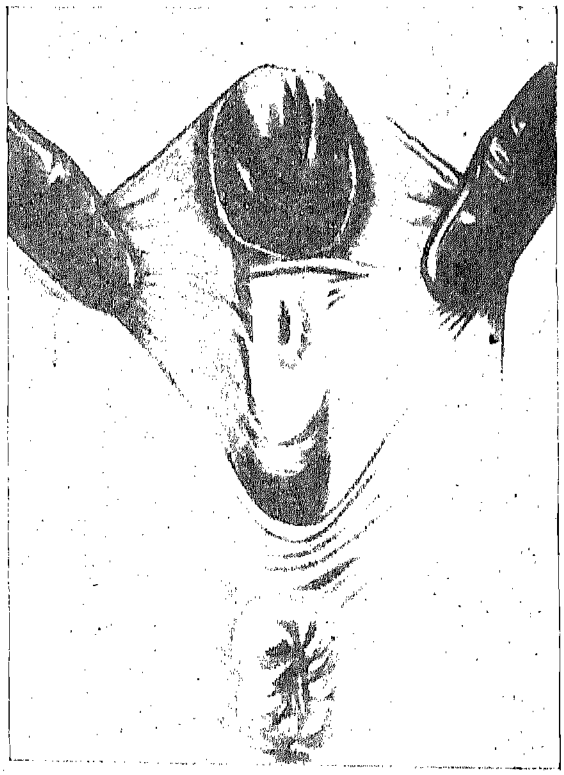
درحلمی سلعہ (Endothelioma)۔ سٹیونز (Stevens)[1] نے شفرۂ کبیر کے ایک ساقچہ دار سلعہ کا اندراج کیا ہے جس کا منظر لیفی سلعہ کے مشابہ تھا اور جو آہستہ آہستہ بڑھتا تھا۔ اس کی تراشش بنانے پر یہ ثابت ہوا کہ یہ گرد درحلمی (periendothelial) قسم کا ایک درحلمی سلعہ تھا۔

ملانینی سلعہ (Melanoma)۔ خبیث نو بالید کی یہ لون دار قسم شاذ طور پر ایسے محلات میں واقع ہوتی ہے جن میں گہرے رنگ کا لون پایا جاتا ہے' مثلاً شبکیہ کا طبقۂ مشیمیہ اور جلد کے بعض رقعیہ جات۔ مزید برآں یہ بھی معلوم ہوا ہے کہ یہ حنک صلب (ٹریوز :Treves)' مسوڑوں' لبہائے دہن اور فم رحم کی غشائے مخاطی میں بھی پیدا ہوتا ہے۔ بہرکیف یہ ہر مقام اور بالخصوص فرج کے لئے ایک نادر الوقوع مرض ہے' مگر یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ موخر الذکر مقام پر یہ غیر ملون سلعہ لحمیہ کی نسبت ذرا زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ اعضائے تناسل کا ملانینی سلعہ بالخصوص معمر عورتوں میں پایا جاتا ہے۔ مندرجہ اصابات میں سے ۶۰ فی صدی پچاس سال سے زائد عمر کی عورتوں میں پائے گئے ہیں (ہالینڈ -(Holland:

---

[1] T. G. Stevens, *Proc. Roy. Soc. Med.*, Obst. Sect., Dec. 6th, 1923.

فرج کا ملانینی سلعہ بعض اوقات ابتدائی ہوتا ہے اور بعض اوقات ثانوی۔ ابتدائی ملانینی سلعہ کے عام ترین نقاط ابتدا یا تو صرف شفرۂ کبیر اور یا شفرۂ صغیر اور بظر ہیں (دیکھو شکل ۲۱۵)۔ شفرۂ صغیر اور بظر کی نسبت یہ شفرۂ کبیر پر دگنی کثرت سے پایا جاتا ہے۔

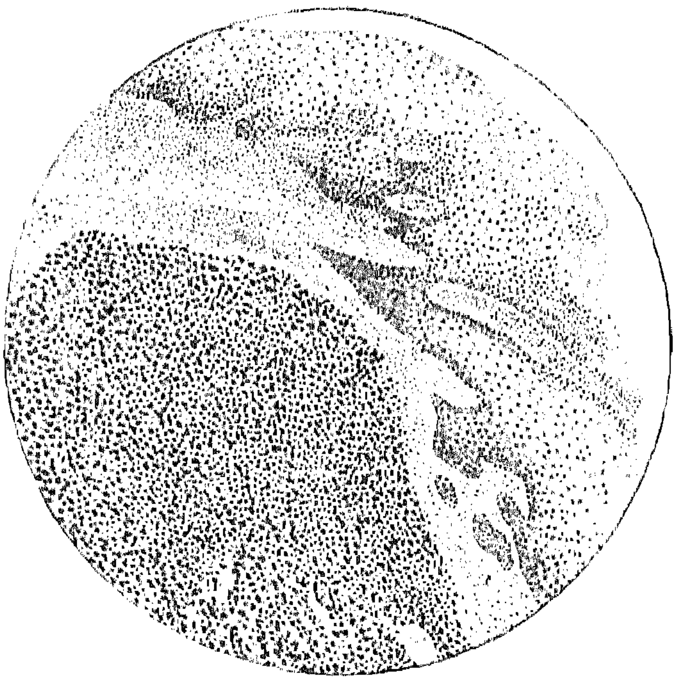


شکل ۲۱۵ فرج کا خبیث ملانینی سلعہ (Melignant Melanoma) (آرڈلے ہالینڈ: Eardley Holland)- یہ پالیدو ہلیز میں بظر اور بولی فتحہ کے درمیان پیدا ہوئی ہے۔

375 اور ممکن ہے کہ ایسا موخرالذکر میں لون کے بافراط موجود ہونے کی وجہ سے ہوتا ہو۔

امراضیات۔ یہ مرض پہلے سرطان کی ایک قسم بیان کیا جاتا تھا، لیکن اب یہ تسلیم کیا جا چکا ہے کہ اکثر ملانیبی سلعات میں سلعات لحمیہ کی ساخت پائی جاتی ہے اور ان میں

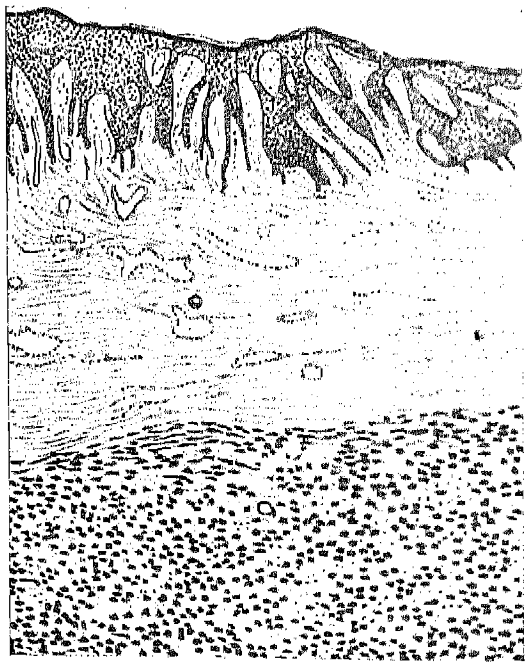
صرف چند ہی سرطان ہوتے ہیں۔ چنانچہ ٹریچر کالنس (Treacher Collins) نے یہ ثابت کیا ہے کہ بعض ملانینی سلعات جو مقلہ میں پیدا ہوتے ہیں سرطان ہوتے ہیں۔ جلد میں دونوں اقسام کے سلعات پائے جاتے ہیں، مگر اس میں یہ سلعات سرطانی ہونے کی بجائے زیادہ تر لحم سلعی ہوتے ہیں۔ عشقی اصابات کو ملوّن سلعات لحمیہ تصور کیا جاتا ہے۔ ہالینڈ (Holland) نے



شکل ۳۱۶ - فرج کا ملانینی سرطان (Melano-Carcinoma)۔ نوبالید کے خلیوں میں لون (ملانین) بافراط پایا جاتا ہے۔

جو تینتیس مندرجہ اصابات جمع کئے ہیں ان کے خردبینی امتحان سے ۲۶ سلعات لحمیہ اور ۶ سرطان قرار دئے گئے ہیں اور ایک مشتبہ تسلیم کیا گیا ہے۔ سرطانی قسم بالعموم کسی سابق الوجود لون دار وحمہ (mole) سے پیدا ہوتی ہے۔ جلد کے جن تینتیس ملانینی سلعات کا اندراج آیر (Eue) نے کیا ہے ان میں چھبیس کے متعلق یہ پتہ چلایا گیا ہے کہ وہ ابتداءً لون دار وحمہ تھے۔

خالی آنکھ سے بالیدگہرے ارغوانی یا سیاہ رنگ کی دکھائی دیتی ہے، اور یہ عموماً بالکل قصیر الابعاد ہوتی ہے۔ اس میں تقرح جلد ہی شروع ہو جاتا ہے اور اس سے بآسانی خون بہنے لگتا ہے۔ ابتدائی بالید کی نسبت ثانوی مطروحات زیادہ شدت سے 376
ملون ہوتے ہیں۔



شکل ۲۱۷۔ فرج کا مخاطی سلعہ لحمیہ (Myxo-sarcoma)۔

خردبین سے دیکھنے پر، خواہ بالید لحم سلعی ہو یا سرطانی، اس کے لون کی مقدار بہت اختلاف پذیر پائی جاتی ہے۔ یہ لون ملانین (melanin) کے سنہری بھورے ذرات پر مشتمل ہوتا ہے جن کی جسامت مختلف ہوتی ہے اور جو خلیوں کے خلیہ مایہ، لیفی اتصالی بافت، اور عروق کی دیواروں میں منقسم ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۱۶)۔ جب یہ ذرات تودوں کی شکل میں مجتمع ہو جاتے ہیں تو بالکل سیاہ دکھائی دیتے ہیں، اور اس لیے جب بہم پہلو عروق لمفا لون سے مسدود ہو جاتے ہیں تو یہ سیاہی کی لکیروں کی مانند دکھائی دیتے ہیں۔

بعض اصابات میں اس امر کا تصفیہ مشکل ہوتا ہے کہ آیا کوئی ملانینی سلعہ لحمی سلعہ ہے یا سرطان۔ اور لوبنیت کبھی کبھی اس کثرت سے موجود ہوتی ہے کہ خلیات کے خواص سے فیصلہ کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ دمحوں کی ساخت جو فیزی ہوتی ہے، اور اس کا میلان مناظر کو سلعہ لحمیہ کی مانند بنانے کی طرف ہوتا ہے، مگر اُنّا (Unna) اور اکثر دیگر ماہرین امراضیات وحمی قسم کو سرطان تصور کرتے ہیں۔

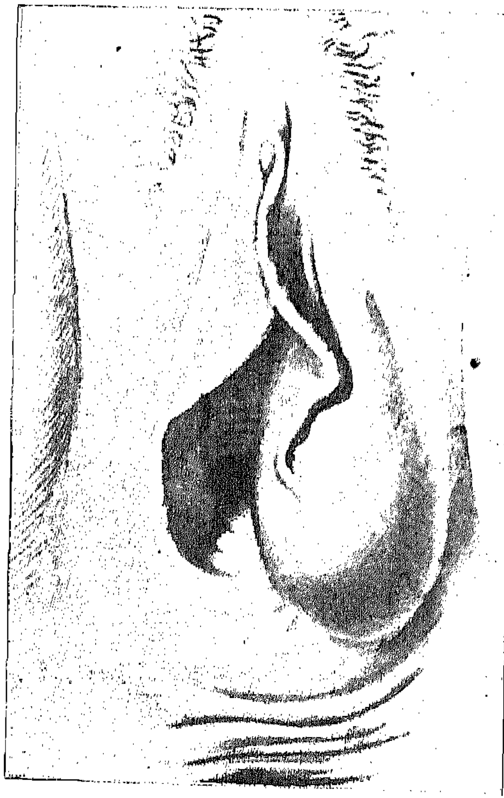
انذار۔ یہ خطرناک ہوتا ہے، اور مرض کی خباثت اس قدر زیادہ ہوتی ہے کہ بقول ارکسن (Erichsen) اگر ابتدائی بالید فندق (filbert) سے بڑی ہو تو مقامی علاج بے سود ہوتا ہے۔ انتشار سریع ہوتا ہے۔ فرج کے ملانینی سلعہ میں اربی غدد جلد ہی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ہالینڈ (Holland) کی جمع کردہ چھبیس روئدادہائے مابعد میں صرف ایک مریضہ ایسی تھی جس میں تین سال تک عودِ مرض نہیں ہوا۔

علاج۔ بالید کے آزادانہ استیصال اور دونوں طرف کے اربی غدد کے اخراج پر مشتمل ہے، اور سیسہ کے کولائڈی مرکبات کا دروں وریدی اشراب بھی دیا جا سکتا ہے۔

سلعہ لحمیہ (Sarcoma) فرج کے سب سے زیادہ نادر الوقوع سلعات میں سے ہے۔ بلیئر بیل (Blair-Bell) نے عمومی ادبیات سے غیر ملون سلعہ لحمیہ کے اکیس اصابات جمع کئے ہیں، اور یہ چھوٹی سی تعداد اس کی قلتِ وقوع کو ایک کافی حد تک ظاہر کرتی ہے۔ دیگر حصوں کی نسبت یہ زیادہ تر شفرہ صغیر پر حملہ آور ہوتا ہے، اور سرطان اور ملانینی سلعہ کے سنِ وقوع سے پہلے نمودار ہوتا ہے۔ مندرجہ اصابات میں سے ۵۰ فی صدی تیس اور پچاس سال کی عمر کے درمیان پائے گئے ہیں۔ نسیجیاتی طور پر بعض اصابات میں یہ بالید دوکی، یا گول، اور یا دونوں قسم کے خلیوں پر مشتمل ہوتی ہے، اور بعض میں یہ ایک قسم کا مخاطی سلعہ لحمیہ (myxo-sarcoma) ہوتی ہے (دیکھو شکل ۲۱۷)۔ جیسا کہ دیگر حصوں کے سلعات لحمیہ 877
کی صورت میں ہوتا ہے، تشخیص محض خردبین کی مدد ہی سے ممکن ہوتی ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ ابتدا ہی میں اسکا آزادانہ استیصال کر دیا جائے۔ جہاں تک عودِ مرض کا تعلق ہے انذار خراب ہے۔

سلعاتِ عجان۔ عجان میں سلعات بہت قلیل الوقوع ہیں جن سلعات کا اندراج کیا گیا ہے وہ اس محل میں پیدا نہیں ہوئے تھے بلکہ مسلسل نمو سے باہر کی طرف نکل آئے تھے، اور ان سے عجان متمرد ہو گیا تھا۔ ملکم (Malcolm) نے ایک قابل ذکر اصابہ کا

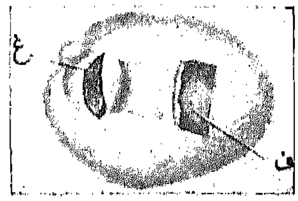
اندراج کیا ہے۔ یہ ایک نیم جامد اور نیم دویری بالیدگی تھی جس کا وزن ۳۹ $\frac{1}{2}$ پونڈ تھا، اور یہ دویری
لیفی عضلی سلعہ ثابت ہوئی۔ جملہ حوضی اعضاء طبعی حالت پر تھے اور ایسا معلوم ہوتا تھا کہ یہ
گردرحمی یا گرد مہبلی بافتوں سے پیدا ہوئی ہے۔ شیٹک (Shattock) نے اس میں غیر مخطط



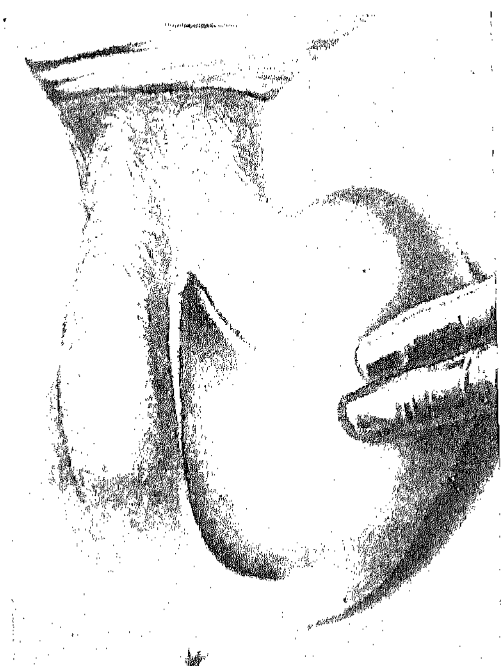
شکل ۲۱۸ - بارتھولینی دویرہ جو بارتھولین کے غدہ کی قنات کے اتساع سے پیدا ہوا ہے۔
شفرۂ صغیر کے مبدا کا خط اس ورم کی سامنے کی طرف پر سے گذرتا ہے۔

عضلی ریشوں کا مظاہرہ کرنے سے یہ ثابت کر دیا کہ یہ روائی الاصل (لیفی سلعہ) نہیں ہے۔
گاہے گاہے بڑے بڑے لیفی دویری سلعات عجان اور فرج میں دیکھنے میں آتے ہیں، اور
ان کے متعلق بظاہر یہ معلوم ہوتا ہے کہ ان کی ابتداء پیش عجزی خطہ میں ہوتی ہے اور یہ عجان
اور شفرتین تک نزد مستقیمی بافتوں میں بتدریج نفوذ کرنے سے پہنچتے ہیں۔ اس قسم کی نوساخت

جو بہت سے لحاظات سے گردن کے دویری سلعۂ آبی (cystic hygroma) کے مشابہ ہوتی ہے
ہم میں سے ایک (بی۔ڈبلیو) نے بیالیس سال کی ایک عورت میں دیکھی تھی۔ 378



شکل ۲۱۹۔ بارتھولین کی غدد کا دویرہ (قدرتی جسامت)۔ (غ) غدہ۔ (ف) فتحہ جو دویرہ میں بنایا گیا ہے۔



شکل ۲۲۰۔ عظیم الجسامت بارتھولینی دویرہ جس میں ساقچہ کے بننے کی ابتدا ہو رہی ہے۔

یہ سلعہ ایک بہت ہی بڑے ورم کی شکل کا تھا جو مریضہ کی رانوں کے درمیان ایک ساقچہ دار تودہ کی شکل میں نصف ران تک لٹکا ہوا تھا۔ اس میں اس لحاظ سے نیم خبیث خواص ظاہر تھے کہ پہلے بھی اسی طرح کی بالید کے مقامی استیصال کے لئے گزشتہ پندرہ سالوں میں دو عملیے کئے گئے تھے۔

بارتھولین کے غدہ کے امراض

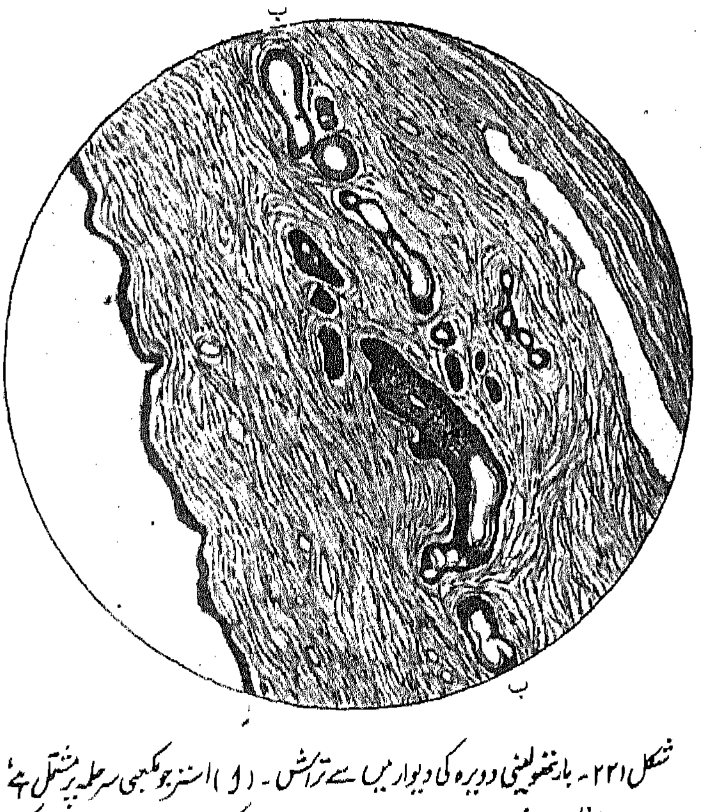
التہاب۔ بارتھولین کے غدہ کا التہاب کسی ریم زا عضویہ سے سرائت واقع ہونے کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ سرائت بالعموم قنات سے اوپر چڑھتی ہے اور عام طور پر نیشقہ سوزاک سے پیدا ہوتی ہے۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ دیگر ریم زا نبقات (pyogenic cocci) اور جراثیم میں بھی اس طرح کی سرائت پیدا کرنے کی ویسی ہی استعداد موجود ہوتی ہے اور اس لئے یہ ضروری نہیں کہ بارتھولینی التہاب کو زہراوی سرائت کی دلیل سمجھا جائے۔

طبعی جسامت کا غدہ جس پذیر نہیں ہوتا۔ مگر جب یہ مزمن التہابی اعمال کی وجہ سے کلانی یافتہ اور متصلّب ہو جاتا ہے تو یہ شفرۂ صغیر کے موخر حصہ کے نیچے بافتوں کی گہرائی میں ایک محکم جسم کی مانند محسوس کیا جا سکتا ہے جس کی جسامت فرانسیسی سیم کے برابر یا اس سے ذرا زیادہ ہوتی ہے۔ دبانے سے بعض اوقات قنات میں سے ایک مکدر سیال مترشح ہوتا ہے۔ 379

سوزاکی سرائت میں اسی طریقہ سے اکثر ایک مواد کا مظاہرہ، جو واضح طور پر قیحی ہوتا ہے، اس التہاب فرج کے غائب ہونے کے بہت عرصہ بعد کیا جا سکتا ہے جس سے یہ ابتداءً پیدا ہوا تھا۔ جب یہ غدہ اس طرح سرائت زدہ ہو جاتا ہے تو قناتوں کے منہ کے اردگرد کی رنگت جہاں یہ دونو طرف پردۂ بکارت کی بیرونی جانب پر کھلتی ہیں تبدیل ہو جاتی ہے اور یہاں ہلکی سرخ رنگت کا ایک منطقہ بالعموم دکھائی دیتا ہے۔ جو دوبیے سے قنات کے انسدادی انتفاخ سے پیدا ہوتے ہیں ان میں بعض اوقات تقیح پیدا ہو جاتا ہے، اور غدہ اکثر اوقات انتفاخ واقع ہونے سے پیشتر ہی سرائت زدہ ہوتا ہے۔ یہ تقیح بالعموم دوبیرہ تک ہی محدود ہوتا ہے، لیکن اسکا انتشار غدہ اور اردگرد کی خلوی بافت تک بھی ہو جاتا ہے جس سے ایک شفری خراج پیدا ہو جاتا ہے۔

غدہ کی اپنی اور یا کسی سابق الوجود دوبیرہ کی حاد سرائت سے خراج پیدا ہو سکتا ہے۔

دوبرہ کی سرائت کا باعث بعض اوقات ضربہ ہوتا ہے جس کے بعد جلد یا افرازاتِ مہبل کے عضویوں سے عفونتی سرائت پیدا ہو جاتی ہے۔ تقیح بالعموم غدہ یا دوبرہ تک ہی محدود رہتا ہے، لیکن بعض اوقات شفرتین کا ایک وسیع ورم بھی اس عمل کے ساتھ ہی موجود ہوتا ہے۔ خراج کا خارجی انشقاق جواز خود واقع ہو جاتا ہے قلیل الوقوع نہیں۔ اس سے جوف بن جاتے ہیں جو

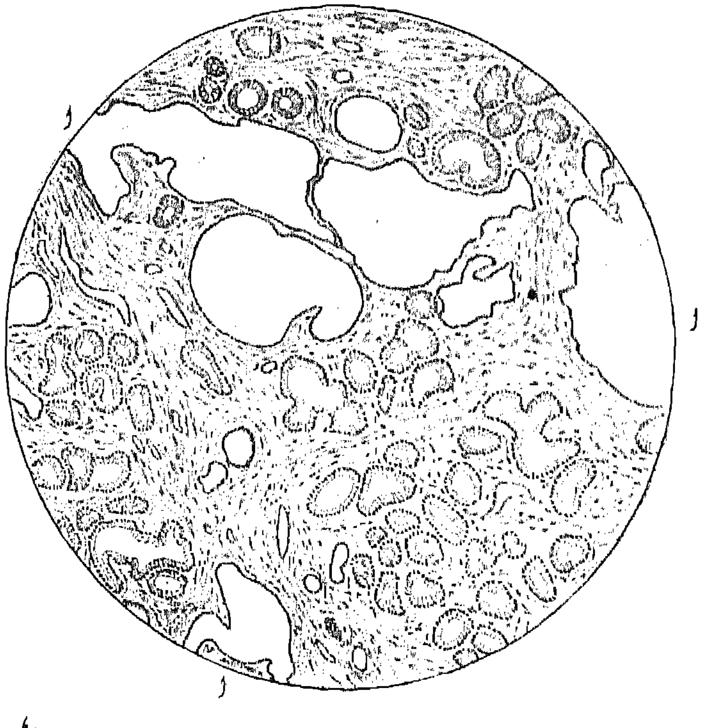


شکل ۲۲۱۔ بارتھولینی دوبرہ کی دیوار میں سے تراش۔ (ا) استر جو مکعبی سرحلہ پر مشتمل ہے اور یہ سرحلہ تلسماتی سرحلہ میں تبدیل ہو رہا ہے (قنات کی دیوار)۔ (ب) غدہ کے وہ زائدے جو اس سے باہر نکلے ہوئے ہیں۔

بعض اوقات بہت طویل مدت تک موجود رہتے ہیں۔ تقیح کے علامات شدید مقامی درد، ورم کی سریع کلانی، سرخی، تہیج اور جلدی غلافوں کی التہابیت ہیں۔ مزید برآں تپش میں ایک متوسط درجہ کا ارتفاع پایا جاتا ہے، اور یہ ۱۰۰° ف یا ۱۰۱° ف تک ہوتی ہے۔ تقیح بارتھولینی دوبرہ کا علاج

اس کا مکمل استیصال ہے بشرطیکہ یہ ممکن العمل ہو، ورنہ تقیحی کہفہ میں بخوبی شگاف دیکر اسکی میلیت کر دینا چاہئیے۔

380 بارتھولینی غدہ کا نذرلن بہت نادر الوقوع ہے۔ اس کے صرف چند اصابات ہی اندراج میں آئے ہیں۔



شکل ۲۲۲۔ یہ بارتھولینی غدہ انسداد سے پیداشدہ دویری فضاؤں (ا) کو ظاہر کرتی ہے اور یہ انسداد قنات میں ایک احتباسی دویرہ کے بننے سے عمل میں آیا تھا۔

بارتھولینی دویرے۔ دویری سلعات بارتھولینی غدہ اور قنات دونوں سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ قنات کے دویرے صادق احتباسی دویرے ہوتے ہیں جو التہابی الاصل ضیق سے یا زیادہ شاذ طور پر جصات سے واقع شدہ انسداد سے پیدا ہوتے ہیں۔ اس طرح جو سلعہ بنتا ہے وہ بیضوی یا گلوبچی ہوتا ہے (شکل ۲۱۸) اور ابتدا میں یہ شفرۂ کبیرہ کے

موخر حصہ کو کھول دیتا ہے' اور شفرۂ صغیر کے مبدا کا خط اس ورم کے سامنے کی طرف پر سے
گزرتا ہے (شکل ۲۱۸)۔ جوں جوں دوبرہ بڑھتا ہے شفرۂ کبیر کی بالائی حد اوپر کی طرف اٹھتی جاتی ہے
حتیٰ کہ تمام شفرہ متمدد ہو جاتا ہے' اور پھر ایسا معلوم ہونے لگتا ہے کہ یہ فرج کی بالائی بافتوں
سے پیدا ہوا ہے۔ اتنے بڑے دوبرے بعض اوقات تمام فرج کو ڈھانپ لیتے ہیں (دیکھو
شکل ۲۲۰)۔ اگر دوبرہ بڑا ہو تو شفرۂ صغیر کے مبدا کا خط بعض اوقات بالکل غائب ہو جاتا ہے۔
جو دوبرے نہایت عظیم الجسامت ہوتے ہیں ان کا ساقچہ عریض ہو جاتا ہے اور ان کا میلان
لٹک پڑنے کی طرف ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ شفرتین کبیر کے بالائی حصہ پر جز کا اثر پڑتا
رہتا ہے (دیکھو شکل ۲۲۰)۔ غدہ کے دوبرے بھی غالباً اسی طرح پیدا ہوتے ہیں لیکن یہ
قنات کے دوبروں کی نسبت بہت قلیل الوقوع ہیں۔ یہ شفرۂ کبیر کے مؤخر حصہ کے نیچے
گہرے واقع ہوتے ہیں' اور بعض اوقات اوپر کی طرف کو مہبل کی جانبی دیوار کے ساتھ ساتھ
نقب لگا کر پیچھے کی طرف کو ورک کی مستقیمی حفرہ میں پہنچ جاتے ہیں۔ جلدی غلاف ڈھیلے
ہوتے ہیں اور تشوّہ زیادہ نمایاں نہیں ہوتا۔

ان دوبروں میں جو سیال پایا جاتا ہے وہ بالعموم رقیق اور مصلی ہوتا ہے' لیکن
مزمن اصابات میں یہ بعض اوقات غلیظ اور تاریک بھی ہوتا ہے۔ شکل ۲۲۱ بارتھولینی دوبرہ 881
کی دیواروں کے خواص کو ظاہر کرتی ہے' اور شکل ۲۲۲ میں متناظر غدہ کے تنسج دوبری
عنیبات دکھائے گئے ہیں جو قنات کے اندر انسداد کے واقع ہونے سے پیدا
ہوئے ہیں۔

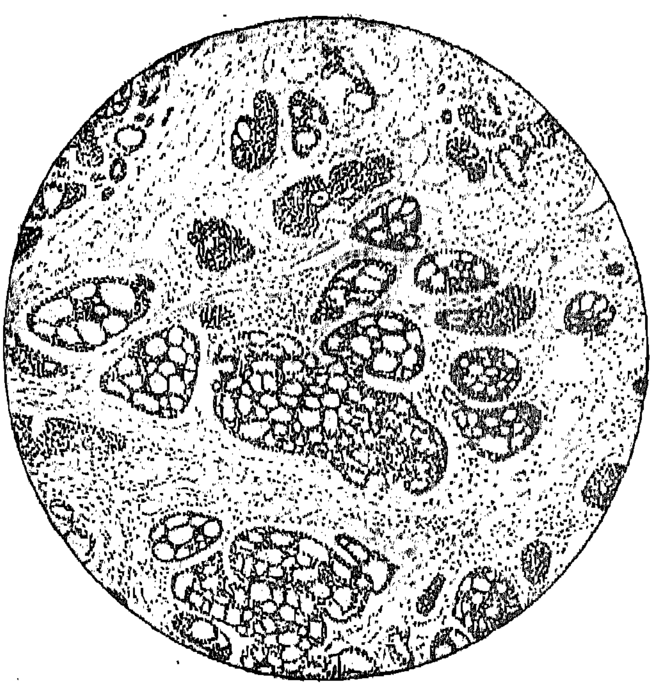
بارتھولینی دوبرہ کے ساتھ صرف وہی علامات پائے جاتے ہیں جو میکانی الاصل
اور خفیف ہوتے ہیں۔ جب تک یہ ملتہب نہ ہو جائے اس سے درد پیدا نہیں ہوتا اور تماس پر
یہ حساس ثابت نہیں ہوتا۔ بہرکیف تقصر یا کسی دیگر سبب سے اس میں سرائت زدہ ہونے
کی طرف کسی قدر میلان پایا جاتا ہے' اور اس حالت میں ایک خراج بن جاتا ہے۔

اس کا علاج استیصال ہے' اور اس کا جراحی طریقۂ عمل صفحہ 911 پر بیان
کیا گیا ہے۔

بارتھولین کے غدہ کی نوساختیں۔ بارتھولین کے غدہ کے ٹھوس سلعے نادر الوقوع
ہیں۔ جہاں تک ہمارے تجربہ کا تعلق ہے یہ غدی سلعۂ ورعلی سلعہ اور غدی سرطان تک

محدود ہیں۔

(ا) غدی سلعہ کا ہم نے ایک مرتبہ مشاہدہ کیا ہے۔ یہ فرج کے اوپر اس طرح دکھائی دیتا تھا جیسے کہ بارتھولینی دوبرہ دکھائی دیتا ہے۔ اسکی بستگی محکم، شکل گول اور جسامت اخروٹ کے برابر تھی۔ دورانِ مجامعت میں دقت پیش آنے کے علاوہ اس سے اور کوئی تکلیف



شکل ۲۲۳۔ بارتھولین کے غدہ کا درحلمی سلعہ (Endothelioma)۔

نہیں ہوتی تھی۔ اس کے اردگرد کوئی تصلب نہیں تھا، اور اس کا بآسانی انقاف (enucleation) کردیا گیا۔ اس کی تراش خالی آنکھ سے دیکھنے پر پستان کے غدی سلعہ کی تراش کے مشابہ معلوم ہوتی تھی۔ یہ ٹھوس تھا لیکن اس کے مرکز پر ایک ذراسا زرقی نقطہ موجود تھا اور خردبین سے دیکھنے پر یہ عنقودی غدی بافت پر مشتمل پایا گیا جو لیفی سہکوں کے درمیان واقع تھی۔

(ب) درحلمی سلعہ (Endothelioma)۔ یہ سلعہ (دیکھو شکل ۲۲۳) بارتھولین کے

غدہ میں بہت نادرالوقوع ہے۔ اور یہ اسی قسم کی بالیدہ سے جو جسم کے دیگر حصوں مثلاً نکفیہ میں
واقع ہوتی ہے کسی لحاظ سے مختلف نہیں ہوتا۔

(ج) غدی سرطان (Adenocarcinoma)۔ یہ بھی ایک بہت نادرالوقوع
مرض ہے۔ اٹھائیس اور نوے سال کی عمر کے درمیان دیکھنے میں آیا ہے، اور نصف اصابات
میں یہ پچاس سال کی عمر کے بعد عارض ہوا۔ ہربرٹ سپنسر (Herbert Spencer) نے ایک 382
مثال کا اندراج کیا ہے، اور اس میں یہ معلوم ہوتا تھا کہ ستونی خلیوں والی بالیدہ کی ابتدا اصل
قنات کے عمیق حصوں سے ہوئی تھی۔

امارات۔ یہ سلعہ پہلے پہل غدہ کے مقام پر ایک الیم سخت اور کہنہ بھی ورم کی طرح
دکھائی دیتا ہے۔ جلد کی رنگت بعض اوقات متغیر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ متقامی تہیج بھی موجود
ہو جو خاصکر پردۂ بکارت کے خطہ میں پایا جاتا ہے۔ جلد بھی انجام کار ماؤف ہو جاتی ہے اور سطح
پر ایک تقرح تو وہ بروز کرتا ہے۔ یہ بالیدہ بعض اوقات عظم عانہ کی فرع کو بھی مشاکل کر دیتی
ہے۔ اُربی غدد ابتدا ہی میں ماؤف ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ چلنے پر خاص طور پر شدید درد پایا جاتا ہے، اور مجامعت ابتدائے
مرض ہی سے درد خیز ہوتی ہے۔

انذار۔ جہاں تک عودِ مرض کا تعلق ہے انذار بہت غیر موافق ہوتا ہے۔

ان امراض کا علاج جراحی ہے، بالیدہ اور اس کے ہم پہلو غدد کے آزادانہ استیصال
کی ضرورت ہوتی ہے۔

مبال کے امراض

التہاب۔ حاد التہابِ مبال (acute urethritis) کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے
(دیکھو صفحہ 287)۔ اس کی ابتدا عموماً سوزاک سے ہوتی ہے۔ مزمن التہابِ مبال
(chronic urethritis) حاد حملہ کے بعد پیدا ہوتا ہے، اور بعض اوقات یہ شروع ہی سے
مزمن ہوتا ہے، اور اس حالت میں یہ کسی جسم غریب کے باہر سے داخل ہونے اور یا کسی حصات کے
خارج ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اس کے ساتھ مبال کا تقرح بھی پایا جاتا ہے۔

مبال کے فرش پر کے کسی علاقہ کے سرائت زدہ ہونے سے یا کسی گرد مبالی غدہ کی سرائت سے خراج پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ مہبل کی مقدم دیوار میں ایک الیم اور مستطوّل ورم کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے جس پر دباؤ ڈالنے سے دہنۂ مبال سے پیپ خارج ہوتی ہے۔

اسی طرح تحت مبالی خراج سے بھی ایک ورم پیدا ہوجاتا ہے جو ورم مذکور کے مشابہ ہوتا ہے، لیکن جب تک تقرح مبال کے اندر تک نہ پہنچ جائے اس کے مشمولات دباکر خارج نہیں کئے جاسکتے، اور مبال میں سلائی گزارنے سے خراج کا استفصا نہیں کیا جاسکتا۔

لحیمۂ مبال (Urethral Caruncle)- منفذِ مبال کی یہ چھوٹی چھوٹی بالیدیں نسبۃً کثیر الوقوع ہیں۔ ان کی جسامت مٹر کے دانہ سے شاذ و نادر ہی متجاوز ہوتی ہے، اور یہ بالعموم مجرد ہوتی ہیں، اور منفذ کے موخرلب کے ذرا اندر سکین کی قناتوں کے فتحوں کے بہت قریب چسپیدہ ہوتی ہیں۔ بعض بغیر ساقچہ کے اور گول ہوتی ہیں، ان کی رنگت پھیکی سرخ ہوتی ہے، اور یہ چھونے پر محض خفیف سی حساس ہوتی ہیں۔ اور بعض ساقچہ دار ہوتی ہیں، ان کی رنگت شوخ سرخ ہوتی ہے، اور یہ اکثر لٹکنک دار ہوتی ہیں، اور بعض حالتوں میں چھونے پر نہایت حساس ثابت ہوتی ہیں۔ پھیکی رنگت کی بے ساقچہ بالیدیں اریکی بافت پر مشتمل ہوتی ہیں جس پہ مطبق فلسمائی سرحلیہ کا ایک غلاف موجود ہوتا ہے، یعنی یہ اریکی سلعات (granulomata) ہوتے ہیں۔ ایک مزمن مبالی مواد اکثر ان کو متلازم ہوتا ہے، اور یہ شائد گرد مبالی غدد کی مزمن سرائت سے پیدا ہوتی ہیں جو منفذ کے قریب بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ بخلاف اس کے شوخ سرخ ساقچہ دار بالیدوں کی ساخت ایک معتدبہ حد تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض میں غدی بافت پائی جاتی ہے جو یا انعطافات (crypts) یا انبیبات یا فضاؤں کی شکل میں موجود ہوتی ہے جن کا استر سرحلیہ کا ہوتا ہے۔ اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ گرد مبالی غدد سے بلاواسطہ پیدا ہوتی ہیں، بالفاظ دیگر یہ غدی سلعی (adenomatous) ہوتی ہیں، ان کا ہیکل ایک نازک انضمالی بافت پر مشتمل ہوتا ہے جو اکثر خلیات ابیض سے درریختہ ہوتی ہے اور جس میں عروق ہمیشہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ بعض بالیدوں میں غدی عناصر کے علاوہ بڑی بڑی اور بہت سی کھلی دموی فضائیں پائی جاتی ہیں، لیکن انکو صحیح معنوں میں دعائی سلعی (angiomatous) نہیں کہا جاسکتا۔ بعض بالیدیں حلیمی سلعی (papillomatous) ہوتی ہیں (دیکھو شکل ٢٢٤)۔ اور ان کی سطح بے قاعدہ طور پر شکستہ

اور مسطح ارتفاعات پر مشتمل ہوتی ہے جن کے درمیان تجاویف حائل ہوتے ہیں۔ مؤخرالذکر کا استر برزخی قسم کے مطبق سر حلمہ کی ایک دبیز تہ کا ہوتا ہے جو بولی گزرگاہوں میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ سر حلمی غلاف ارتفاعات کی سطح پر سے اکثر غائب ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۲۴)۔ اگرچہ لحیمات 983
(caruncles) بعض اوقات بہت حساس ہوتے ہیں، لیکن ان میں اعصاب کی شناخت نہیں کی جا سکی۔ لحیمۂ مبال سے جو علامات پیدا ہوتے ہیں ان میں سے اہم ترین یہ ہیں کہ تبوّل



شکل ۲۲۴۔ لحیمۂ مبال (Urethral Caruncle) کی حلیمی سلعی (papillomatous) قسم۔ ا۔ سطحی انخفاض جس کا استر مطبق برزخی سر حلمہ کا ہے۔ ب۔ اسی قسم کے ایک اور انخفاض یا طاقہ کی مستعرض تراش۔ ہیکل بہت کثیرالعروق ہے اور خلیات ابیض سے دررفتہ ہے۔

درد خیز اور متواتر ہوتا ہے۔ درد بعض اوقات اتنا شدید ہوتا ہے کہ اس سے احتباس بول

پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات لحیمہ سے خفیف سا بے قاعدہ نزف واقع ہو جاتا ہے، اور حساس لحیمات جماع مولم کا موجب ہوتے ہیں۔ بہت سے لحیمات سے قطعاً کوئی علامات پیدا نہیں ہوتے، اور اگر کبھی ان کا انکشاف ہو ہی جائے تو یہ محض اتفاقی ہوتا ہے۔

اس کا علاج استیصال ہے جس میں غشائے مخاطی کا وہ قاعدہ بھی شامل ہے جس سے یہ چسپیدہ ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 914)۔ اگر لحیمہ کی پیدائش کا ابتدائی سبب التہاب ہو اور یا اس کے قاعدہ کا استیصال نہ کیا جائے تو یہ عملیہ کے بعد عود کر آتا ہے۔ گاہے گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ جو بالید پہلے لحیمہ سمجھی جاتی ہے انجام کار اس میں سرطانی سلعہ کے خواص ظاہر ہو جاتے ہیں۔

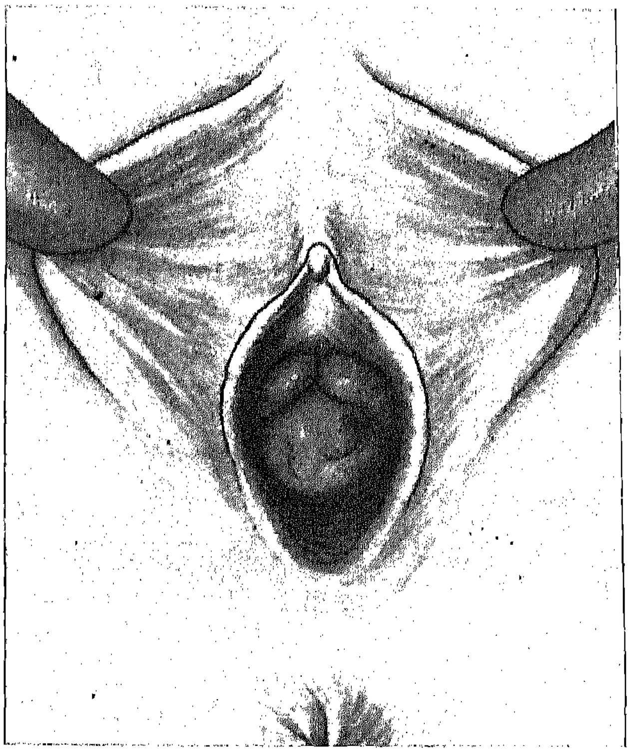
نوساختیں۔ سلیم سلعات میں حلیمی سلعہ (papilloma)، مخاطی سعدانے (mucous polypi) اور لیفی سلعات شامل ہیں۔ بعض ارباب سند مبالی لحیمہ کو بھی اس عنوان میں شامل سمجھتے ہیں، مگر چونکہ ان بالیدوں کو مزمن التہاب کی سریری شہادت بالعموم متلازم ہوتی ہے اس لئے ہم اس عنوان سے ان کے اخراج ہی کو ترجیح دیتے ہیں۔ خبیث سلعات سرطانات اور سلعات لحمیہ پر مشتمل ہیں۔

مرکب حلیمی سلعات (compound papillomata)۔ گاہے گاہے مبال کی کوروں سے پیدا ہوتے ہوئے پائے گئے ہیں۔ مخاطی سعدانے (mucous polypi) اور لیفی سلعات بہت نادر الوقوع ہیں۔ ان کی ماہیت کو خردبین سے امتحان کرنے سے ضرور ثابت کرنا چاہئے۔

384 **مبال کا سرطان**۔ یہ مرض بعض اوقات فرج، ہبل، عنق، یا مثانہ کے سرطان سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے، اور مبال بلاواسطہ تسلسل سے ماؤف ہوتا ہے۔ ابتدائی سرطان نسوانی مبال میں بہت نادر الوقوع ہے، اور اس کی وجہ یہ معلوم ہوتی ہے کہ فرج کی بیاضی سطحیت (leucoplakia) دہلیز اور دہنۂ مبال کو کبھی ماؤف نہیں کرتی۔ جہاں تک خبیث امراض کی بحث اسباب کا تعلق ہے مزمن التہاب غالباً اس مقام پر بھی وہی کام سرانجام دیتا ہے جو یہ دوسرے مقامات پر دیتا ہے (دیکھئے Halle:)۔

علامات دیر بعد پیدا ہوتے ہیں۔ اور یہ درد حبس تبول، نزف اور مواد ہیں۔ جب تقرح اچھی طرح سے واقع ہو جاتا ہے تو درد تبول سے بلاتعلق بھی ہوتا ہے۔

یہ مرض نادر الوقوع ہے۔ ہم میں سے ایک (بی۔ڈبلیو) نے تینتالیس اصابات جمع کئے ہیں، اور اس کے بعد دیگر اصابات کی بھی ہم کو اطلاع پہنچی ہے۔ مبال کے سرطان کو سریریاتی نقطۂ نظر سے فرجی مبالی (vulvo-urethral) اور مبالی (urethral) اقسام میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔



شکل ۲۲۵۔ نزد مبالی غدد کا غدی سرطان جس سے مبال کے فرش پر ایک سلعہ بن گیا ہے۔

فرجی مبالی قسم کے تین انواع ہیں (۱) تاریک ارغوانی رنگت کی ایک بے قاعدہ حلیمی سطحی بالید جس سے چھونے پر خون بہنا شروع ہو جاتا ہے، اور مبال کے کلاں لحیمہ اور غشائے مخاطی کے سقوط حاد سے اس کی تفریقی تشخیص کرنا ضروری ہوتا ہے۔ (شکل ۲۲۵ اور ۲۲۷ کا مقابلہ کیا جائے)۔ (۲) یہ ایک تقرحی نوع ہے جو دہنۂ مبال کے فرش پر

واقع ہوتی ہے۔ (۳) منفذ کے اردگرد کا تصلب جس سے ضیق (stenosis) پیدا ہو جاتا ہے۔
مبالی قسم مندرجہ ذیل شکلوں میں پائی جاتی ہے۔ (۱) ایک بے قاعدہ متقرح قرحہ جو صرف مبال بین (urethroscope) سے امتحان کرنے پر دکھائی دیتا ہے۔ (۲) ایک گرد مبالی تصلب جو بڑھتے بڑھتے مبال کو تمام طول میں ماؤف کر دیتا ہے۔

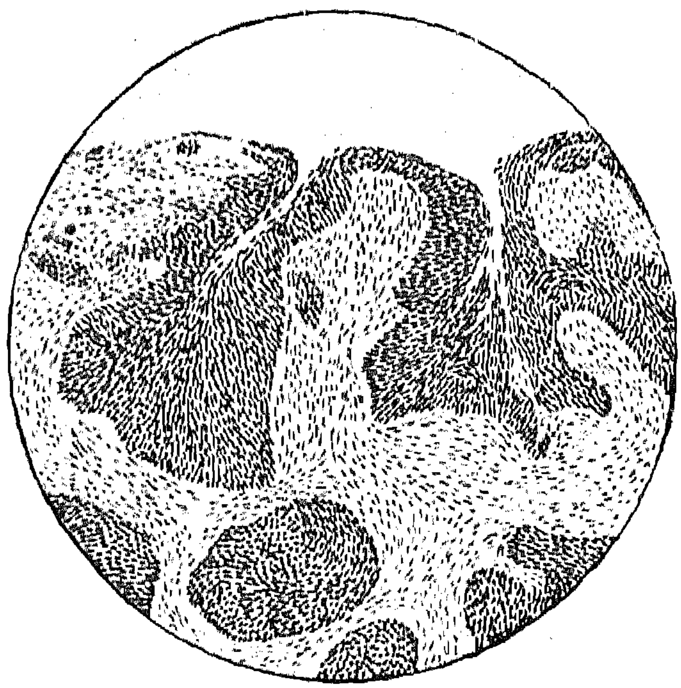
385 یہ مرض ان معمر عورتوں کو عارض ہوتا ہے جو سن انقطاع الطمث سے گزر چکی ہوں۔ اس کی ابتدا یا تو گرد مبالی غدد سے ہوتی ہے جبکہ اس کی نسیجیات غدی سرطان (adenocarcinoma) کی سی ہوتی ہے، اور یا یہ سطحی سرحلہ سے شروع ہوتا ہے، اور تلسمائی خلیہ دار سرطان (squamous-celled cancer) کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ (دیکھو شکل ۲۲۶)۔ یہ اول اول مبال کے فرش پر حملہ آور ہوتا ہے، اور یہاں سے بالید منفذ سے لے کر مثانہ تک تمام قنال کے ساتھ ساتھ پھیل جاتی ہے۔ اربی غدد کم از کم ۲۰ فیصدی اصابات میں ماؤف ہو جاتے ہیں (کرکی Karaki:)۔ بعض اوقات یہ مرض دہلیز پر پھیل جاتا ہے، اور دیوار مہبل میں سے گزر جاتا ہے، مگر مثانہ پر حملہ آور ہونے کا اس میں کوئی میلان نہیں پایا جاتا۔

اس مرض کا علاج یہ ہے کہ مبال اور دونوں طرف کے غددِ اربی کا آزادانہ استیصال کر دیا جائے۔ اگر مبال کے قربی سرے کا کچھ حصہ بچایا جا سکے تو اسے مہبل کی مقدم دیوار کے ساتھ ٹانکوں سے ملا دینا چاہئے۔ جو حالت شکل ۲۲۵ میں دکھائی گئی ہے اس میں ایسا کیا گیا تھا، اور عملیہ کے بعد سلس البول واقع نہیں ہوا تھا۔ اگر دورانِ عملیہ میں مثانہ کے عضلۂ عاصرہ کو دور کر دینا ضروری ہو تو عنقِ مثانہ کو بند کر کے ایک مستقل فوق عانی ناسور بنا دینا چاہئے۔

مبال کا سلعہ لحمیہ (sarcoma) بہت نادر الوقوع ہے، اور اس کے صرف چند اصابات ہی درج کئے جا چکے ہیں۔ یہ معمر عورتوں اور زمانۂ شیر خوارگی میں پایا گیا ہے۔ اس بالیدگی کی رنگت تاریک سرخ ہوتی ہے، اور یہ ایک شقیق اور پر شقوق گرہ بچہ کی شکل کی دکھائی دیتی ہے۔ چھونے پر خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ اور تراش کا سطح یہ اس کا منظر دماغ کی طرح رمادی ہوتا ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ اس کا آزادانہ استیصال

کر دیا جائے۔

حصاتِ مبال (Urethral Calculus)۔ عورتوں میں حصاتِ مبال شاذونادر ہی پایا جاتا ہے۔ یہ بعض اوقات فاسفیٹوں (phosphates) کے کسی جسمِ غریب یا کسی نارک المقام گرہ کے گرد فراہم ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سنگِ مثانہ بھی کبھی کبھی مبال میں محبوس ہو جاتا ہے، اور کسی مبالی عطفہ میں بھی حصات بن سکتا ہے۔

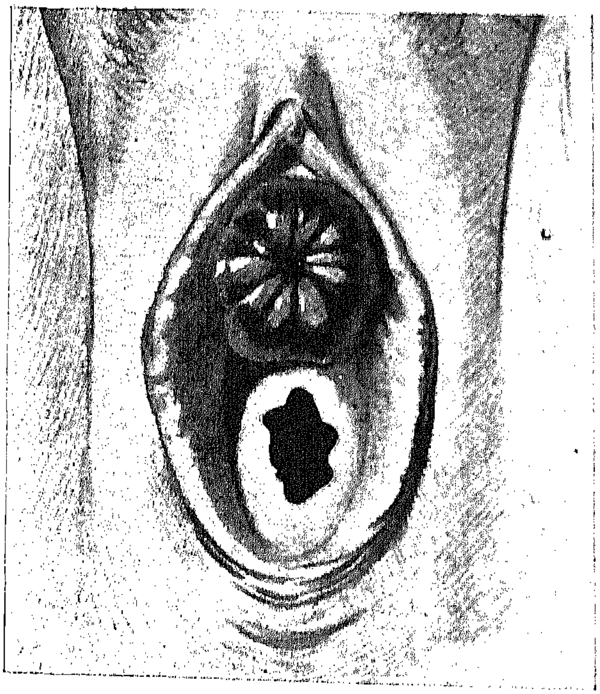


شکل ۲۲۶۔ فلسمائی خلیہ دار قسم کا فرجی مبالی سرطان (Vulvo-urethral Carcinoma)۔

386 اشارات۔ مبال چھونے پر الیم ثابت ہوتا ہے۔ حصات مہبل کی مقدم دیوار میں سے محسوس کیا جا سکتا ہے، اور اگر مثانی مجسّہ داخل کیا جائے تو یہ حصات کو مس کرے گا۔ ہم میں سے ایک (پی۔ ڈبلیو) نے ایک اصابہ کا جو کسی قدر مزمن تھا مشاہدہ کیا ہے، اس میں حصاتِ مبال کی مؤخر دیوار اور مہبل کی مقدم دیوار میں سے بذریعہ تقرح حقیقۃً

مہبل میں نکل آیا تھا۔ اس مثال میں حصات مبال کے ایک بڑے علقہ میں پڑا تھا، اور اسکی جسامت سے یہ بخوبی ظاہر ہوتا تھا کہ یہ یہاں کچھ عرصہ سے موجود ہے۔

علامات۔ مثانہ سے خارج شدہ حصات مبال کو مسدود کرنے سے احتباس بول پیدا کر سکتا ہے۔ التہاب مثانہ کے علامات بالعموم موجود ہوتے ہیں، اور حصات کے پھنس جانے سے ان پر درد اور ضیق البول (strangury) کا اضافہ ہو جاتا ہے۔



شکل ۲۲۷۔ مبال کی غشائے مخاطی کا سقوطِ حاد (آرنولڈ لی: Arnold Lea)۔

علاج۔ حصات کلاب سے دور کیا جا سکتا ہے، اور یا مہبل میں سے مبال کی مؤخر دیوار میں شگاف دینے سے نکالا جا سکتا ہے، اور زخم تانت کے ٹانکوں کی دو تہوں سے بند کر دیا جاتا ہے۔

مبال کی غشائے مخاطی کا سقوط (دیکھو شکل ۲۲۷)۔ خفیف مدارج میں

یہ حالت بے ساقچہ مبالی لُجیمہ سے خلط ملط کی جا سکتی ہے۔ غشائے مخاطی کا ایک مکمل یا غیر مکمل حلقہ بروں گردیدہ ہو کر منفذ میں سے باہر نکل آتا ہے' اس کی رنگت دہلیز کی غشائے مخاطی کی رنگت سے زیادہ گہری ہوتی ہے' اور یہ منفذ کی کوروں کے اوپر معلق ہوتا ہے۔ یہ بآسانی ظاہر کیا جا سکتا ہے کہ یہ اس روزن کے کناروں کے ساتھ چسپیدہ ہے' اور دہنۂ مبال اس کے مرکز میں واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۲۶)۔ اس حالت کے ساتھ عام طور پر مبال کا کسی قدر اتساع بھی پایا جاتا ہے' اور منفذ کی عریض حالت غالباً اس کا محرک سبب ہوتی ہے۔ بعض اوقات اس سے مثانہ کی خراش پذیری کے ویسے ہی علامات پیدا ہو جاتے ہیں جیسے 987
کہ مبال کے لجیمات میں پائے جاتے ہیں۔

بعض اوقات اس کی ایک حاد شکل بھی پائی جاتی ہے جس میں قنالِ مبال کی غشائے مخاطی کا ایک بڑا حصہ منفذ میں سے دفعتہً بروز کر آتا ہے۔ ہم میں سے ایک نے ایک ایسے اصابہ کا مشاہدہ کیا ہے جس میں نہ صرف مبال ہی مکمل طور پر بروں گردیدہ تھا بلکہ مثانہ کا قاعدہ بھی سقوط سے متاثر تھا۔ ایسا معلوم ہوتا تھا کہ سبب قریبہ اجابت کے لئے کانکھنا تھا اور سبب معِدّہ مبال کا اتساع یا مہبل کی مقدم دیوار کا سقوط تھا۔ بروز یافتہ غشائے مخاطی مکمل یا جزوی طور پر مخنوق ہو جاتی ہے' اور اس سے ایک ورم بن جاتا ہے جو جسامت میں بعض اوقات اخروٹ کے برابر ہوتا ہے۔ اس کی رنگت حسب مقدار اختناق گہری سرخ یا تقریباً سیاہ ہوتی ہے۔ اس ورم کی چوٹی پر ایک روزن دکھائی دیتا ہے جس سے پیشاب آہستہ آہستہ ٹپکتا رہتا ہے۔ اس حالت سے شدید درد' عسر البول' تواتر بول یا سلس البول پیدا ہو جاتا ہے' اور بعض اوقات مثانی زحیر (vesical tenesmus) واقع ہو جاتا ہے۔

مخاطی مخاطیہ سے از خود یا دوران تبول میں تھوڑا سا سیلان خون بھی ہوتا ہے۔ سقوط کی تمیز کسی نو بالید سے اس امر سے کی جاتی ہے کہ قنالِ مبال اس کے مرکز میں سے گزرتی ہے' اور جب بالید موجود ہوتی ہے تو منفذ بول ہمیشہ خارج المرکز ہوتا ہے۔ اور یہ زیادہ تر ورم سے اوپر واقع ہوتا ہے' جیسا کہ اس غدی سرطان میں پایا گیا تھا جو شکل ۲۲۵ میں دکھایا گیا ہے۔

حاد قسم کا علاج یہ ہے کہ اگر ممکن ہو سکے تو معدم حس کے زیر اثر ترجیع کر دیجائے۔

مگر کبھی کبھی یہ غیر ممکن ہوتا ہے، اور ترجیع کے بعد بھی سقوط کے وقوع کا امکان ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں ساقط غشائے مخاطی کا استئصال ضروری ہوتا ہے، اور اس کے انجام دینے کے طریقہ کا ذکر صفحہ 914 پر کیا گیا ہے۔

عطفۂ مبال (Urethral Diverticulum)۔ اس اصطلاح کا اطلاق ایک جیب پر کیا جاتا ہے جو مبال کے فرش کے نیچے واقع ہو، اور اس سے ایک تنگ دہند کے ذریعہ سے ملی ہوئی ہو۔ اس حالت میں مبال کی قنال خود طبعی فطریہ کی ہوتی ہے۔ روتھ (Routh)[1] نے اس کو نزد مبالی غدد کا ایک محبوس دویرہ تصور کیا تھا جس میں ثانوی طور پر ایک فتحہ پیدا ہو جاتا ہے جو مبال کے فرش میں سے گزر کر مبال میں کھل جاتا ہے۔

علاج۔ ان دویری اورام کا میلان تقیح کی طرف ہوتا ہے اور ان میں حصات بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ ان کو بذریعہ تقطیع باہر نکال دینا چاہئے، اور دیوار مبال کا تسلسل دوختوں سے از سر نو قائم کر دینا چاہئے۔

قیلۂ مبال (Urethrocele)۔ اس حالت میں مبال کا فرش اور خاص کر اس کا وسطی ثلث مسقوط ہو جاتا ہے۔ قیلہ مثانیہ (cystocele) کے ساتھ یہ حالت بالعموم پائی جاتی ہے۔ مزید معلومات کے لئے مطالعہ کنندہ کو احشائے حوض کے سقوط کا باب دیکھنا چاہئے (دیکھو حصہ سوم، باب چہارم، صفحہ 611)۔

---

[1] Amand Routh, "Urethral Diverticula," *Trans. Obst. Soc.*, Lond., Vol. XXXII., 1890.

888

حصّہ سوم - باب دوم

امراضِ مہبل

مہبل میں التہاب، تقرح، دوریسے، اور ٹھوس سلعات (سلیم اور خبیث) پیدا ہو سکتے ہیں۔ نیز خلقی شدہ ذات اکتسابی نقائص اور ضربات بھی واقع ہو جاتے ہیں۔

التہابِ مہبل

(VAGINITIS: COLPITIS)

مہبل کی دیواروں کا التہاب کثیر الوقوع نہیں۔ ترشئی افراز، فلسانی سرحلمہ کی کئی ایک تہیں، اور غدد کی عدم موجودگی یہ سب حالتیں اس کو سرائت سے محفوظ رکھتی ہیں جب رحمی الاصل قیحی موادوں سے افرازِ مہبل قلوی ہو جاتا ہے، اور یا جب سرحلمہ پر کسی مغفول یا درست نہ بیٹھنے والے فرزجہ (pessary) یا کسی دوسرے جسم غریب کا دباؤ پڑتا ہے تو مذکورہ قدرتی رکاوٹیں جو سرائت کے لئے سدراہ ہوتی ہیں زائل ہو جاتی ہیں۔

اسباب - التہابِ مہبل کے عام ترین اسباب سوزاک یا نفاسی عفونات کے نتیجہ سے پیدا شدہ سرائتیں، فرزجوں کا استعمال، زیادہ گرم مہبلی نطولات کا بکثرت استعمال، اجسامِ غریبہ کا داخل کرنا، کثرتِ مجامعت، ناسوروں کی موجودگی متنخر اور خبیث رحمی بالیدیں اور معوی طفیلیے ہیں۔ زیادہ شاذ اسباب میں سے نوعی اور تدرنی قروح اور نیز خود مہبل کے خبیث امراض ہیں۔

جہاں تک سوزاک کا تعلق ہے ہم یہ کہیں گے کہ اس سے ابتدائی التہابِ مہبل

سوائے بچوں، اور حاملہ، اور معمر عورتوں کے شاذ و نادر ہی پیدا ہوتا ہے۔ مزمن سوزاکِ عنق میں بعض اوقات ایک ثانوی التہاب مہبل موجود ہوتا ہے، جو اُن عفونتی عضویوں سے پیدا ہوتا ہے جو غنفنہ سوزاک کے سرائت کرنے کے بعد حملہ آور ہوتے ہیں۔

ابتدائی التہاب مہبل بچوں میں فرجی مہبلی التہاب کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے، اور جس طرح یہ حالت سوزاکی سرائت سے پیدا ہوتی ہے اسی طرح یہ دوسرے اسباب سے بھی پیدا ہو سکتی ہے (دیکھو صفحہ 286)۔

حاد التہاب مہبل (Acute Vaginitis)- نمایاں علامات درد، ضربان، اور جلن اور حرارت کا احساس ہیں۔ عسر البول کی شکائت موجود ہوتی ہے، اور بعض اوقات عسر تبرز (dyschesia) بھی پایا جاتا ہے۔ معائنہ کرنے پر غشائے مخاطی سُرخ اور متورم حلیموں کے موجود ہونے کی وجہ سے کھردری دکھائی دیتی ہے۔ اور کثیر المقدار قیحی یا مخاطی قیحی مواد سے پوشیدہ ہوتی ہے۔ پیپ کو پچارے سے صاف کرنے پر سطح الیم پائی جاتی ہے، اور حلیموں کے سروں سے خون بھی بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ خارجی طور پر التہابِ فرج کے علامات موجود ہوتے ہیں، اور شفرتین بعض اوقات مغلظ مواد سے ایک دوسرے کے ساتھ منضم ہوتے ہیں جس سے بعد میں متصلہ جلد کی تسمیط (intertrigo) پیدا ہو جاتی ہے۔

بچوں کا فرجی مہبلی التہاب (دیکھو شکل ۱۶۷ ا، صفحہ 287) حاد التہابِ مہبل کی ایک قسم ہے جو سرائتِ فرج کی شکل میں شروع ہوتا ہے، اور یہاں سے یہ مہبل تک پھیل جاتا ہے، اور یہ سب عمروں کے بچوں میں پایا جاتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے اصابات کی ایک کافی تعداد میں یہ مرض سوزاکی سرائت کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، جو تولیوں یا انگلیوں کے ذریعہ سے پہنچ جاتی ہے، اور یا حملہ مجرمانہ کا نتیجہ ہوتی ہے۔ دیگر امثلہ میں یہ حالت کھرونچے سے پیدا ہوتی ہے جس کے بعد جلدی عضویئے سرائت کر جاتے ہیں۔ میل کچیل اور چرنوں سے
389 اکثر حکۃ الفرج پیدا ہو جاتا ہے جس سے کھرونچنے کی ضرورت پڑتی ہے۔ شاذ شاذ اصابات میں فرجی مہبلی التہاب کلیبس لافلر (Klebs-Löffler) کے عصیہ کی سرائت کے بعد پیدا ہو جاتا ہے، اور گاہے گاہے خسرہ اور دیگر حمیات طفحیہ میں یہ پیچیدگی کے طور پر بھی پایا جاتا ہے۔

حاد التہابِ مہبل کا علاج اکثر بہت غیر اطمینان بخش اور طویل ہوتا ہے۔ مسبب عضویہ کو

جراثیمیاتی امتحان کے ذریعہ سے دریافت کرنا چاہیئے' اور نیز جرثوموں کی تلاش احتیاط کے ساتھ کی جائے۔ خفیف سے دافع عفونت غسولات کا استعمال کرنا چاہیئے' اور سخت صفائی کا لحاظ رکھنا چاہیے۔ اگر نبقیۂ سوزاک مل جائے تو کولوسال سلور آیوڈائیڈ (collosal silver iodide) کے ۲ فی صدی محلول گلیسرین اور ایکری فلیوین (۰۰۰ ۵ میں ۱ طاقت) یا مرکیوروکروم کی آزمائش کرنا چاہیئے۔ محلول ایک چھوٹے سے فاسا طیبر یا نالچہ کے ذریعہ سے مہبل میں داخل کیا جاسکتا ہے۔

حاد التہاب مہبل کے سریری اقسام۔ مہبل کے حاد التہاب کا سریری منظر ساری عامل کے لحاظ سے کسی قدر اختلاف پذیر ہوتا ہے' اور مندرجہ ذیل نوعی اقسام بیان کئے گئے ہیں:-

(ا) جرابی یا ذراتی التہاب مہبل - یہ التہاب مہبل کی ایک نادر الوقوع قسم ہے جو دوران حمل میں بالعموم سوزاک کی سرایت سے پیدا ہوجاتی ہے' اور حمل کی پیچیدگی کے طور پر پائی جاتی ہے۔ اس حالت میں درد موجود ہوتا ہے' اور ایک زردی مائل سبز مواد بکثرت پایا جاتا ہے۔ اس کا نام جرابی یا ذراتی اس لئے رکھا گیا ہے کہ اس میں دیوار مہبل پر گہری سرخ رنگت کے چھوٹے چھوٹے منتصلب کربیچے موجود ہوتے ہیں۔

(ب) نفاخی التہاب مہبل (Emphysematous Vaginitis)- یہ بھی ایک نادر الوقوع مرض ہے جس میں چھوٹے چھوٹے اور سخت ارغوانی بثور بن جاتے ہیں۔ یہ بثور نفاخی ہوجاتے ہیں اور گیس کے بھر جانے سے یہ پھپھولے بن جاتے ہیں۔ ذراتی التہاب مہبل کی طرح یہ التہاب بھی اُن عورتوں میں زمانۂ حمل ونفاس میں بہت کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے جو نبقیۂ سوزاک سے سرایت زدہ ہوجاتی ہیں۔

(ج) عفونتی التہاب مہبل (Septic Vaginitis) زمانۂ نفاس میں مہبل کی وریدگیوں کے سرایت زدہ ہونے سے پیدا ہوتا ہے' اور اس سے ایک غشائے کاذب بن جاتی ہے جس میں نبقات سبحیہ (streptococci) پائے جاتے ہیں اور یا رمیز اعضویات کا ایک آمیزہ موجود ہوتا ہے۔ وضع حمل کے علاوہ بعض اوقات یہ خبیث مرض سے پیدا شدہ تقرح یا محبوس فرزجوں سے بھی ثانوی طور پر واقع ہوجاتا ہے۔ اسی طرح سرطان عنق یا اغشائی عضلی سلعہ کے بدبودار موادوں سے بھی یہ التہاب پیدا ہوجاتا ہے۔

(د) غشائی یا قلاعی التہاب مہبل (Membranous or Aphthous Vaginitis) بعض اوقات کسی طویل المدت مرض کے اختتام پر کمزور مریضوں میں بوبیضی فطر ابیض

(oidium albicans) یا مونیلیا (monilia) کے موجود ہونے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ تلاعی التہابِ فرج کی نوعیت سے واقع ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 350)۔

بعض اوقات مہبل میں طوبیات لگانے کے بعد بھی کاذب اغشیہ بن جاتے ہیں۔ ڈفتھیریائی التہابِ مہبل بھی غشائی قسم کی ایک نوع ہے۔ یہ بچوں میں فرجی مہبلی التہاب کی ایک نوعی قسم کی شکل میں پایا جاتا ہے' اور اس سے مہبل کا مکمل یا سطحی تضیق واقع ہو سکتا ہے۔ ڈفتھیریائی اصابات میں مقامی علاج کے ساتھ ساتھ ڈفتھیریا اینٹی ٹاکسین (diphtheria antitoxin) کا استعمال کرنا چاہیئے۔

مزمن التہابِ مہبل (Chronic Vaginitis)۔

التہابِ مہبل کی یہ نازلتی شکل کافی کثرت سے پائی جاتی ہے' اور یہ سیلان ابیض کے عام اسباب میں سے ہے۔ اس میں غشائے مخاطی سرخ ہو جاتی ہے' اور ایک مخاطی قیحی مواد بکثرت موجود ہوتا ہے۔ دیوارِ مہبل کا معائنہ کرنے سے کئی ایک چھوٹے چھوٹے رقبہ جات دکھائی دیتے ہیں جن کی رنگت گرد و نواح کے مخاطیہ سے زیادہ سرخ ہوتی ہے' اور جن کو روئی کا پھایا لگانے سے خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ ضررات مرض مہبلی قبوؤں میں نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ گاہے گاہے چھوٹے چھوٹے آبلے یا قوابح بھی سطح پر دیکھنے میں آتے ہیں جیسا کہ التہابِ مہبل کی حبابی قسم میں ہوتے ہیں جس کا اوپر ذکر کیا گیا ہے۔ خردبین سے امتحان کرنے پر دیوارِ مہبل کی زیرِ سرحلمی اتصالی بافت میں گول خلیوں کی دررزشش اور سطحی سرحلمی تہوں کا وسیع تقشر دکھائی دیتا ہے۔ جو نشانات گہرے سرخ رقبہ جات کے متناظر ہوتے ہیں' ان پر سے سرحلمہ بعض اوقات مکمل طور پر اتر جاتا ہے۔ اور اتصالی بافت معرض نظر آتی ہے۔ مواد کا تعامل تعدیلی یا قلوی ہوتا ہے' اور اس میں اترے ہوئے سرحلمہ کے علاوہ بہت سے قیحی خلیے بھی پائے جاتے ہیں۔

390 ایسی عورتوں میں جو سن یاس سے گذر چکی ہوں' یا ایسی نوجوان عورتوں میں جن میں صناعی یا عملیتی انقطاع الطمث پیدا کیا جا چکا ہو نازلتی التہابِ مہبل کی ایک شدید قسم اکثر پائی جاتی ہے جسے "پرورشی" التہابِ مہبل ("trophic" vaginitis) کے نام سے موسوم کیا جا سکتا ہے۔ اس قسم میں جس کو "شیخوخی" ("senile") یا "نزفی" التہابِ مہبل بھی کہا جاتا ہے مذکورہ سابقہ گہرے سرخ رقبہ جات بڑے بڑے اور بہت سے ہوتے ہیں' اور یہ اکثر ومنیۂ مہبل کو خاص طور پر متاثر کرتے ہیں۔ سرحلمی تقشر بہت زیادہ ہوتا ہے' اور سطحی تقرح کے بڑے بڑے رقبہ جات سے دو نتائج پیدا ہو سکتے ہیں' (۱) اتصالی بافت میں

کیفیتی دباغت اور انقباض واقع ہو سکتا ہے جس سے یا تو دیوارِ مہبل میں بے قاعدہ شکن نمودار ہو جاتے ہیں یا مہبل کا درونہ تنگ ہو جاتا ہے۔ (۲) جو خراشیدہ سطحیں ایک دوسرے سے متقارب ہوتی ہیں وہ بعض اوقات آپس میں منضم ہو جاتی ہیں اور اس طرح مستعرض فواصل بن جاتے ہیں، اور یا جب تھوسے ماؤف ہو جاتے ہیں تو چھوٹی چھوٹی جیبیں بن جاتی ہیں جو اصلی درونۂ مہبل سے بالکل علیحدہ ہوتی ہیں۔

یہ ایک حقیقت ہے کہ اس عارضہ کے ساتھ فرج کا ذبولی مرض بالعموم ایک پیچیدگی کی شکل میں موجود ہوتا ہے جو "پژمردگیٔ فرج" (''Kraurosis vulvæ'') کے نام سے موسوم ہے، اور یہ دونوں ضررات بالعموم اکٹھے موجود ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ ۱۴، صفحہ 854)-

پیرورشی التہابِ مہبل میں کثیر المقدار رقیق قیحی مواد پایا جاتا ہے جو بعض اوقات خون آلود ہوتا ہے۔ عملِ التہاب کی اضافی شدت کو دیوارِ مہبل کے ذبول اور مہبل کے محافظ افراز کے فقدان کے ساتھ منسوب کرنا چاہئیے جن کی وجہ سے جراثیم کے حملہ کے خلاف بافتوں کی استعدادِ مزاحمت کم ہو جاتی ہے۔

التہابِ مہبل کے سبب کی تشخیص۔ مسبب عضویہ کو معلوم کرنے کے لئے مواد کا ہمیشہ امتحان کرنا چاہئیے۔ نبقۂ سوزاک کے متعلق یہ ضرور یاد رکھنا چاہئیے کہ یہ مہبل سے جلد ہی غائب ہو جاتا ہے اور اس لئے اس میں بعض ثانوی سرائت کے جراثیم ہی پائے جا سکتے ہیں۔ لہٰذا کسی منفی نتیجہ کے حاصل کرنے سے سوزاک کو مستثنیٰ نہیں کیا جا سکتا۔ بچارا ہمیشہ عنق یا مبال سے طیار کرنا چاہئیے، کیونکہ نبقۂ سوزاک ان محلات میں زیادہ دیر تک موجود رہتا ہے (دیکھو صفحہ 285)- متلازم حالتوں کی موجودگی سے مزمن سوزاک کے شبہ کو تقویت پہنچتی ہے، مثلاً التہابِ عنق، التہابِ مبال، اور بارتھولینی غدہ کا التہاب بعض اوقات اثباتی شہادت کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔ مزمن التہابِ مہبل کے جن اصابات میں بافتوں کے منظر سے سرائت سوزاک کا شبہ پیدا ہوتا ہو لیکن نبقات سوزاک کا جرثومیاتی ثبوت نہ ملتا ہو ان میں مہبلی شعری نثالیہ (Trichomonas vaginalis) سے سرائت واقع ہونے کے امکان کو ضرور یاد رکھنا چاہئیے (دیکھو صفحہ 327)- تازہ مواد کے ایک جنبر کا طبعی محلول نمک کے ساتھ تازہ قطرہ آویزاں تجہیز میں امتحان کرنا چاہئیے۔ زمانۂ طفولیت کے فرجی مہبلی التہاب کی جرثومیاتی تشخیص کے لئے مبال بین (urethroscope) کا استعمال

کیاجا سکتا ہے۔ سنکلیر (Sinclair) نے تراسی اصابات کا امتحان کیا ہے' اور اس کا یہ بیان ہے کہ اگر اس آلہ کا استعمال نہ کیا جاتا تو ۲۲ فی صدی اصابات میں نیتقیہ سوزاک شناخت نہ کیا جا سکتا۔

مزمن التہاب مہبل کا علاج ۔ التہاب مہبل مقامی اطلاقات کے متواتر استعمال اور نطولات سے علاج پذیر ہے۔ اور اس علاج کا تکملہ عمومی صحت کی طرف توجہ دینے اور مقامی خراش سے احتراز کرانے سے کرنا چاہیئے۔

نطولات صرف موادات کو دور کرنے کے لئے مفید ہوتے ہیں' اور اس طرح ان سے وہ خراش کم ہو جاتی ہے جو موادات کے مخاطیہ سے متماس ہونے سے پیدا ہوتی ہے' اور محسوس افرازات میں تخلیل واقع نہیں ہوتی۔ سادہ ملحی نطول (saline douche) جو ایک پائنٹ پانی میں سوڈیم کلورائیڈ (sodium chloride) کی چائے کا ایک چمچہ بھر مقدار پر مشتمل ہوتا ہے اکثر اوقات مفید ثابت ہوتا ہے جو کمزور محلولات بطور دافع عفونت نطولات استعمال کئے جاتے ہیں اُن سے اُن عضویات پر جو مہبلی سر حلمہ میں نفوذ کر چکے ہیں کسی قاتل جراثیم اثر کا مرتب ہونا ناممکن ہے۔

یہی وجہ ہے کہ دواؤں کے مقامی استعمال کی ضرورت ہوتی ہے' اور یہ یا تو منظار میں
891 سے براہ راست لگائی جا سکتی ہیں اور یا دوا زدہ مہبلی فرازج استعمال کئے جا سکتے ہیں۔ سوزاک اور شعری ثعالیہ (trichomonas) کے اصابات میں بعض اوقات دیوار ہائے مہبل کی معدم حس کے زیر اثر جراحی تعقیم کرنا ضروری ہوتا ہے۔ جو دوائیں منظار میں سے لگائی جا سکتی ہیں ان میں سے مفید ترین نائٹریٹ آف سلور (nitrate of silver) کا محلول (۱ اونس میں ۱۰ تا ۲۰ گرین) آیوڈین (iodine) کا ۳ فیصدی محلول' اور مرکیوروکروم کا ۲ تا ۴ فی صدی محلول ہیں۔ ان محلولات کا دیوار ہائے مہبل پر ہفتہ میں دو یا تین دفعہ طلا کیا جا سکتا ہے' اور ایسا کرنے سے پہلے مہبل کا اچھی طرح سے نطول کر دینا چاہیئے تاکہ اس سے افراز دور ہو جائے۔ مریضہ ایسے دوا زدہ فرازج کو جن میں اکتھیال (ichthyol)' ریسورسین (resorcin)' آیوڈیکس (iodex)' ایکریفلیوین' مرکیوروکروم اور ایسے ہی دیگر اشیا شامل ہوں ہر شب مہبل میں رکھ سکتی ہے۔ جب فرزجہ کا وسیط (medium) پگھل جاتا ہے تو دافع عفونت دوا دیوار ہائے مہبل پر تقسیم ہو جاتی ہے۔ دوا زدہ فرزجہ کو داخل کرنے سے تھوڑی دیر پہلے محلول نمک یا سوڈیم بائی کاربونیٹ کے

۲ فی صدی محلول سے تطول کرنا چاہئے۔

عمومی علاج یہ ہے کہ مجامعت سے احتراز اور الکحل اور تمباکو سے پرہیز کیا جائے گلوکوس (glucose) کھلائی جائے، اور روزانہ اجابت کا انتظام کیا جائے۔

مہبل کا تقرح

یہ تقرح مندرجۂ ذیل حالتوں میں واقع ہوتا ہے:۔

(۱) مفقول یا درست نہ بیٹھنے والے فرزجہ کا دباؤ پڑنے سے، اور گاہے گاہے ان اجسام غریبہ سے جو اغراض مساحقت سے، یا امتناع استقرار حمل کے لئے داخل کئے جاتے ہیں یا اور یا جن کو مجنون اشخاص داخل کر لیتے ہیں۔ اس قسم کے ضربتی تقرح سے بعض اوقات معائے مستقیم یا مثانہ کے ساتھ ناسوری ربط پیدا ہو جاتے ہیں۔

(۲) ان دریدگیوں سے جو سرائت زدہ ہو جاتی ہیں۔ یہ بعض اوقات زمانۂ نفاس میں نفاسی تسمم الدم (puerperal toxæmia) یا عفونت الدم (septicæmia) کے ساتھ پائی جاتی ہیں، اور بعض اوقات ضربہ سے پیدا ہوتی ہیں۔

(۳) دوسرے اور تیسرے درجہ کے شدید سقوط کی حالت میں رگڑ سے۔

(۴) تذرنی یا آتشکی سرائت سے۔

(۵) خبیث نو ساختوں سے۔

تقرح کے ساتھ مقامی یا عمومی التہاب مہبل لازمی طور پر پایا جاتا ہے۔

مہبل کے ضربتی ضررات

(TRAUMATIC LESIONS OF THE VAGINA)

وقت حمل میں مہبل اکثر دریدہ ہو جاتی ہے، اور دوران ولادت میں طویل المدت ضغطہ سے مقدم دیوار کے بعض حصوں میں انخثاث واقع ہو جاتا ہے جس سے مثانی مہبلی ناسور پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات تشدد سے دیوار مہبل میں انشقاب واقع ہو جاتا ہے، اس کا عام ترین محل مؤخر قبوہ ہے

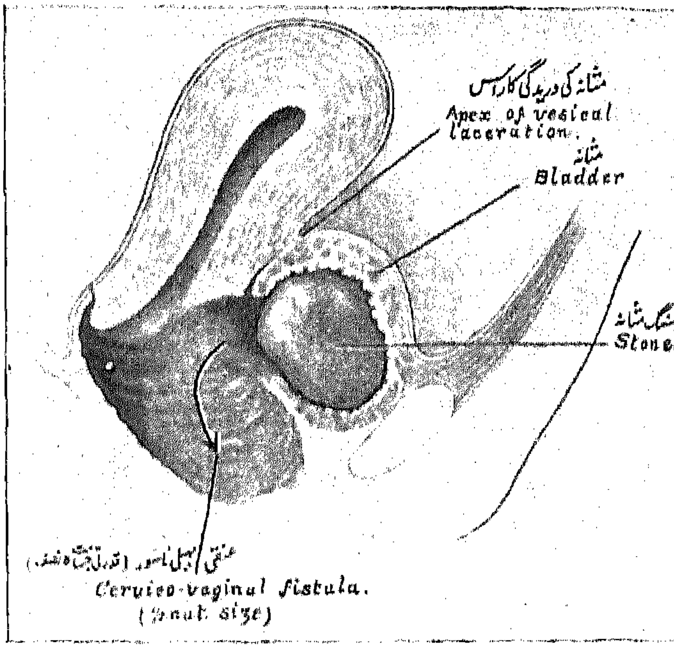
اور اس ضرر سے عفونتی التہاب باریطون پیدا ہوسکتا ہے۔ ایسا ضرر کسی غیر ماہر شخص سے اسقاط کرانے سے، یا دیوانی عورتوں میں خود زنی (self-mutilation) سے یا کسی تیز اوزار پر اس طرح گرنے سے کہ ٹانگیں ادھر ادھر ہوں، یا بندوق کے زخموں سے واقع ہوسکتا ہے۔ مہبل کی شدید دریدگیاں لگاہے گاہے مجامعت سے بھی پیدا ہوجاتی ہیں، اور یہ بالعموم پردہ بکارت سے آگے بڑھ کر مہبل کی موخر دیوار میں چلی جاتی ہیں۔ مگر بعض مثالوں میں مہبل کے قبوات تک بھی وسیع دریدگیاں واقع ہوچکی ہیں جن سے شدید نزف پیدا ہوا تھا۔

مہبل کی دریدگیوں کا فوری علاج زخم کی عفونت کو دفع کرنے، نزف کو بند کرنے، اور ٹانکوں سے اس کی مرمت کرنے پر مشتمل ہے۔ اگر حصے شدید طور پر کوفتہ ہوجائیں تو نزفی نقطہ کو منکشف کرنے اور اسے باندھنے میں بعض اوقات دقت پیش آتی ہے۔ ایسی حالتوں میں دیوار مہبل کی دریدگی
692 میں دافع عفونت گاز بھری جاسکتی ہے۔ مثانہ کی دیوار کی دریدگیوں میں بعد میں اکثر مثانی مہبلی ناسور پیدا ہوجاتا ہے۔ لہٰذا اس حالت کا بیان مہبلی ناسور کے چند دیگر اقسام کے ساتھ یہاں کردینا مناسب ہوگا۔

بولی مہبلی ناسور (Urinary Vaginal Fistulæ) ان کی عام ترین قسم وہ ہے جس میں مثانہ اور مہبل میں بلاواسطہ ربط پیدا ہوجاتا ہے (مثانی مہبلی: vesico-vaginal)۔ وسیع تفسرات میں عنق کا مقدم لب گاہے گاہے تباہ ہوجاتا ہے (دیکھو شکل ۲۲۸)، یا دریدگی اس قدر گہری ہوجاتی ہے کہ قنال عنق بھی مثانہ سے ربط پیدا کرلیتی ہے (مثانی عنقی vesico-cervical:)۔ حالب اور مہبل کے جانبی قبوہ میں بھی بلاواسطہ ربط پیدا ہوجاسکتا ہے (حالبی مہبلی: uretero-vaginal)۔ اس ضرر کا عام سبب حالب کا وہ تضرر ہے جو نادانستہ طور پر رحم برآری کے سے عملیوں میں اسے پہنچ جاتا ہے یا اس استیصالی عملیہ میں گرہ بندی سے واقع ہوجاتا ہے جو سقوط رحم کے لئے کیا جاتا ہے۔

مثانی مہبلی ناسور (Vesico-vaginal Fistulæ) مہبل کے بالائی نصف میں واقع ہوتے ہیں۔ ان میں انگشت شہادت کا سر داخل ہوسکتا ہے، اور اس سے یہ شاذونادر ہی بڑے ہوتے ہیں۔ مگر استثنائی حالتوں میں اس سے تین گنی جسامت کے ناسور بھی دیکھنے میں آئے ہیں، اور بخلاف اس کے یہ اتنے چھوٹے بھی ہوتے ہیں جتنا کہ آلپین کا سر۔ جو ناسور صرف متوسط جسامت کے ہوتے ہیں ان کی شناخت مہبل کی مقدم دیوار کو منظاروں کی مدد سے منکشف

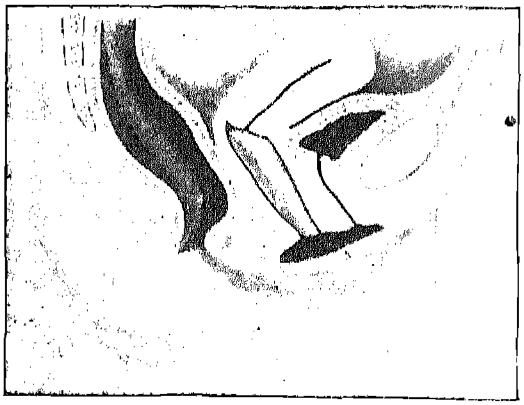
کرنے سے بآسانی کی جا سکتی ہے (دیکھو شکل ۶۱۴، صفحہ 917) مثانہ کی غشائے مخاطی میں اکثر سقوط پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ غشا روزن ناسور کی کوروں کے اوپر سے معلق ہوتی ہے، اور دیوار مہبل میں جو فتحہ ہوتا ہے اس کا حاشیہ ندبی بافت کے ایک گھنے سفید حلقہ سے بنا ہوتا ہے۔ اور پیشاب



شکل ۶۲۸ مثانہ عنقی مہبلی ناسور (Vesico-Cervico-vaginal Fistula)۔ یہ ناسور ایک قبالتی تقشر اور مابعد انفشاشات (sloughing) کا نتیجہ ہے۔ عنق کے مقدم لب کا ایک بہت بڑا حصہ تباہ ہو گیا ہے۔ مہبل کی مقدم دیوار میں جو روزن ہے اس میں تین انگلیاں داخل ہو سکتی تھیں۔ مزمن التہاب مثانہ کی وجہ سے ایک بڑا سنگ مثانہ بن گیا ہے۔

جونہی حالبین سے مثانہ میں داخل ہوتا ہے اس فتحہ میں سے بعض اوقات قلیل المقدار متوقف بیش بہاؤ کی شکل میں خارج ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ نہایت چھوٹے چھوٹے ناسوروں کا معلوم کرنا بہت مشکل ہوتا ہے۔ ان کی تلاش کرنے میں سلائی سے مدد مل جاتی ہے، اور اگر ضرورت ہو تو

مثانہ کو متمدد کرنے کے لئے کسی رنگین عقیم سیال کا استعمال کیا جاسکتا ہے' مثلاً مثانہ کو میتھیلین بلیو کے محلول سے متمدد کیا جاسکتا ہے اور یہ مہبل میں داخل ہوتا ہوا بآسانی نظر آئے گا۔ دیوار ہائے مہبل اور فرج میں ہمیشہ بہت سا التہابی تعامل دکھائی دیتا ہے۔ جو پیشاب کے بیش بہاؤ کی مسلسل خراش سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ حالت بعض اوقات التہاب مثانہ اور تحلیل بول سے پیچیدہ ہوجاتی ہے' اور ان سے غشائے مخاطی اور جلد کا ایک وسیع انسحاج (excoriation) واقع ہوجاتا ہے' اور ناسور کی کوروں پر امونیا کے املاح کے مطروحات جمع ہوجاتے ہیں۔ شاذ شاذ مثالوں میں بعض اوقات اتنے بڑے بڑے حصیات بنجاتے ہیں کہ ان سے تمام کہفۂ مثانہ پُر ہوجاتا ہے۔ شکل ۲۲۸ میں



شکل ۲۲۹۔ حصاتِ مہبل (Vaginal Calculus) جو تسدّد فرجی غشا کی وجہ سے قنالِ مہبل میں بولِ باقی کے جمع ہونے سے پیدا ہوا ہے۔ غشائے مذکور اپنے عجانی سرے پر نامکمل ہے۔

جو حصات دکھایا گیا ہے اس کا محیط ۵ انچ تھا۔

مثانی مہبلی ناسور عنق یا مہبل کے سرطان کے مترقی مدارج میں دیوارِ مثانہ کے بلاواسطہ ماؤف ہوجانے اور بالیدکے تقرح کی وجہ سے بھی پیدا ہوجاتے ہیں۔

حالبی ناسور (ureteral fistulæ) مہبلی قبووں میں واقع ہوتے ہیں۔ ان کا روزن ہمیشہ چھوٹا سا ہوتا ہے' اور ان کا شناخت کرنا بعض اوقات مشکل ہوتا ہے۔ مثانہ کو

میتھیلین بلیو کے محلول سے متمدد کرنے سے حالبی ناسور کو مثانی ناسور سے ممیز کیا جاتا ہے۔ موخرالذکر کی حالت میں رنگین سیال زیادہ مقدار میں مہبل میں نکل کر آتا ہے۔ مہبل اور فرج میں وہی مقامی تغیرات واقع ہوتے ہیں جن کا ذکر اوپر کیا گیا ہے۔

بولی ناسوروں سے اگرچہ سخت جسمانی بے آرامی اور دماغی تکلیف پیدا ہوتی ہے لیکن ان کے نتائج عمومی صحت کے لئے خطرناک نہیں ہوتے، اور جب تک کہ التہاب مثانہ پیدا نہ ہو جائے صعودی سرایت کا بظاہر بہت زیادہ خطرہ نہیں ہوتا۔ مثانہ کے ناسوروں کا تدارک ترقیعی عملیوں سے کیا جاسکتا ہے جن کا ذکر آئندہ کیا جائے گا (دیکھو صفحہ 918)۔ حالبی ناسوروں کے تدارک کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ حالب کا مثانہ میں شکمی نقل (abdominal transplantation) کر دیا جائے، اور یا متناظر گردہ کو نکال دیا جائے۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ کونسا حالب ماؤف ہے پہلے مثانہ بین سے ایک محتاط امتحان کر لیا جاتا ہے۔ مقطوع حالب کے نچلے سرے سے اور مثانہ میں تفمم قائم کرنا ایک مشکل عملیہ ہے جب تک کہ مقام قطع مثانہ کے قریب واقع نہ ہو، اور کوشش کے ناکام رہنے کا احتمال ہے۔

894 **حصاتِ مہبل (Calculus of the Vagina)**۔ قنالِ مہبل میں گاہے گاہے بولی حصات پایا گیا ہے، اور یہ ایک پردہ کے پیچھے پیشاب کے جمع ہوتے رہنے سے پیدا ہوتا ہے جو شفر بین صغیر کے قاعدوں کے متحد ہو جانے سے بنجاتا ہے۔ کوف مین[1] (Kauffmann) نے ایک اصابہ کا اندراج کیا ہے جس میں یہ غشا بظر سے لیکر عجان تک پھیلی ہوئی تھی اور منفذ بول، دہنۂ مہبل، اور حفرہ زورقیہ کے سامنے واقع تھی۔ اس کی زیرین (عجانی) جسیدگی پر ایک روزن تھا، اور پیشاب کے خارج ہونے کے لئے صرف یہی ایک راستہ تھا۔ مہبل بول باقی کے مطروح ہونے کے لئے ایک پاکٹ بن گئی تھی، جس میں انجام کار ایک حصات ۹ گرام وزنی بنگیا تھا جو ثلاثی فاسفیٹوں سے مرکب تھا (دیکھو شکل ۲۲۹)۔

اس قسم کی مجتبس غشا منوی نقص کا نتیجہ بھی ہو سکتی ہے اور بیشتر یہ سنِ طفولیت میں فرج کے تقشر یا التہاب سے پیدا ہوتی ہے۔

مستقیمی مہبلی ناسور (Recto-vaginal Fistulæ)۔ مہبل اور قنالِ مبرز

---

[1] Kauffmann, *Annales de Gynécol.*, 12 Series, Vol. III., 1906, 624.

یا معائے مستقیم کے درمیان بعض اوقات تقصر یا تقرح کے نتیجہ کے طور پر ربط پیدا ہو جاتا ہے۔ ضربی ناسور (traumatic fistula) کی عام ترین قسم عجان کی قبالتی دریدگی ہے جس سے قنال مبرز ماؤف ہوا اس حالت میں پیدا ہوتی ہے جبکہ عملِ اندمال کسی حد تک غیر مکمل رہ گیا ہو، اور اس طرح ان دونوں گذرگاہوں کے درمیان ایک چھوٹا سا راستہ بن گیا ہو۔ زیادہ بڑے مستقیمی مہبلی ناسور ایسے بے لوچ فرزجوں سے تقرح واقع ہونے سے پیدا ہوتے ہیں جو ٹھیک طور پر نہ بیٹھنے ہوں یا مدت تک رکھے رہے ہوں، اور ایسا خاص کر "شلف" ("shelf") قسم کے فرزجہ سے ہوتا ہے۔ اس قسم کے ناسوری روابط کی جسامت معتدبہ ہوتی ہے، اور یہ یا تو عام طور پر مہبل کے موخر قبوہ میں، یا مہبل کی موخر دیوار کے بالائی نہائی اور زیرین دو نہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہوتے ہیں۔ معائے مستقیم کا تبدل اور آتشکی تقرح گا ہے گا ہے ایسے ناسورات پر منتج ہوتا ہے جن میں مہبل بھی شامل ہوتی ہے۔ عنق رحم، مہبل، یا معائے مستقیم کی مقدم دیوار کے خبیث مرض پر بھی یہی صادق آتا ہے۔ موخر الذکر ساخت کے خبیث مرض میں ارتیڈیم کے بیجا استعمال سے ناسور جلد بن جاتا ہے۔

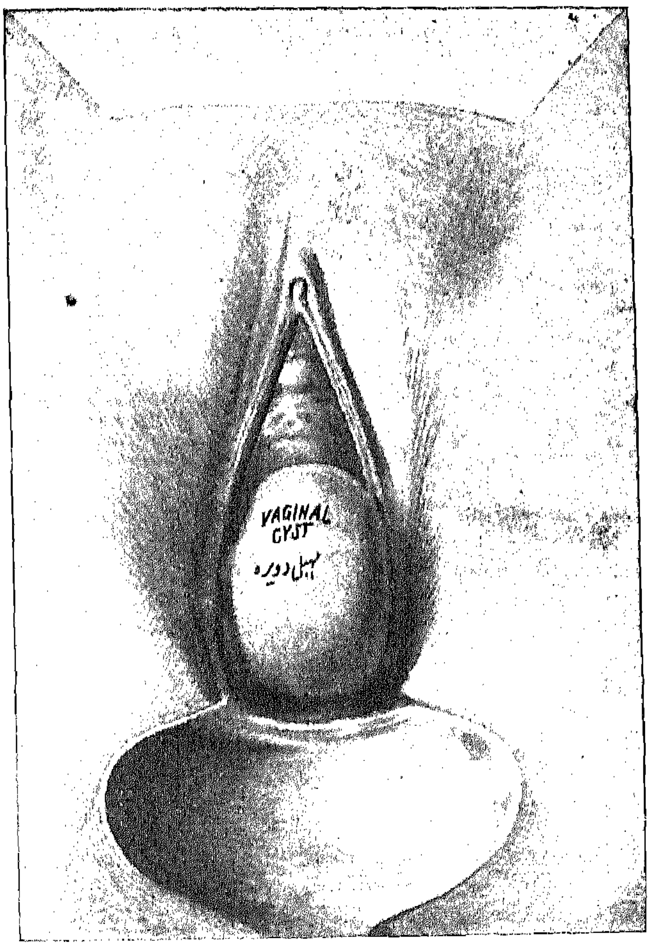
مہبل اور معائے مستقیم کے درمیان ربط واقع ہو جانے کے علامات عام طور پر بہت تکلیف دہ ہوتے ہیں۔ برازی مادہ اور ریح کے غیر اختیاری طور پر خارج ہونے کی شکایت کے علاوہ معوی الاصل جراثیم کے مہبل میں موجود رہنے سے عام طور پر شدید درجہ کا التہاب مہبل پیدا ہو جاتا ہے جس سے مریضہ کی تکلیف میں مزید اضافہ ہو جاتا ہے۔

علاج۔ جب کبھی ممکن ہو جیسا کہ غیر خبیث اصابات میں ہوتا ہے ناسور کو ترقیعی عملیہ سے ضرور درست کر دینا چاہئے۔ اس کے لئے پہلے دونوں گذرگاہوں کے درمیانی بقیہ فاصل کو مکمل طور پر کاٹ دیا جاتا ہے اور ہر ایک قنال کی فرداً فرداً ترمیم کر دی جاتی ہے۔ اس کے بعد عجانی جسم کو از سر نو احتیاط سے تعمیر کیا جاتا ہے اور اس امر کا خاص خیال رکھا جاتا ہے کہ مہبل اور معائے مستقیم کے الگ الگ خطوط دوخت کے درمیان بافت کا ایک دبیز تودہ حائل کر دیا جائے۔ جن ناسوروں کی درستی نہ ہو سکتی ہو، مثلاً خبیث تقرح کی حالت میں، ان میں مریضہ کی تکلیف میں کسی قدر تخفیف کرنے کے لئے قولون شگافی (colotomy) پر غور کیا جا سکتا ہے۔

نوساختیں

(NEOPLASMS)

مہبلی دویرے (Vaginal Cysts)۔ دیوارِ مہبل کے چھوٹے چھوٹے دویری سلعے



شکل ۲۳۰۔ مہبل کی مقدم دیوار کا دویرہ منظار سے منکشف کرنے پر دویرہ فرج میں سے بروز کر آیا ہے۔

قلیل الوقوع نہیں، مگر ان کی جسامت شاذ و نادر ہی معتدبہ ہوتی ہے۔ موخر دیوار کی نسبت

یہ مقدم اور جانبی دیواروں پر اکثر پائے جاتے ہیں۔ یہ مہبل میں ابھر آتے ہیں' اور ان کی غلافی بافت باریک اور نیم شفاف ہوتی ہے۔ گاہے گاہے یہ سعدانہ نما (polypoid) ہوتے ہیں۔ جب یہ مقدم دیوار میں واقع ہوتے ہیں تو ان کے ساتھ کبھی کبھی سقوط (قیلہ مثانیہ) بھی پایا جاتا ہے۔ اور یہ ایک واقعہ ہے کہ ان دونوں حالتوں میں آسانی سے مغالطہ ہو جاتا ہے' کیونکہ بعض اوقات دویرہ اتنا بڑا ہوتا ہے کہ فرج سے بروز کر آتا ہے (دیکھو شکل ۲۳۰)۔ علاوہ ازیں زیادہ بڑے دویرے حوض کی خلوی بافتوں میں گہرے گھس جاتے ہیں۔ ان کے مشمولات بالعموم رقیق اور بے رنگ ہوتے ہیں۔ لیکن کبھی کبھی متغیر خون کی وجہ سے ان میں خفیف سی رنگت بھی پائی جاتی ہے۔ زیادہ چھوٹے دویروں میں عام طور پر ستونی سرحلمہ کی ایک مجرد تہ پائی جاتی ہے۔ اور کلاں تر دویروں میں یہ بسا اوقات بتامہ یا تقریباً غائب ہو جاتی ہے۔ یہ تقریباً ہمیشہ یک خانہ دار ہوتے ہیں۔

خیال کیا جاتا ہے کہ اس قسم کے دویرے گیرٹنر کی قنات کے ان حصوں سے پیدا ہوتے ہیں جو برقرار رہتے ہیں (دیکھو صفحہ 86)۔ دو موقعوں پر ہمیں مہبل کی موخر دیوار کے بالائی حصہ پر ایسے دویرے ملے ہیں جو دروں رحمی سلعی (endometriomatous) قسم کی بالیدوں سے جو مستقیمی مہبلی فاصل میں پیدا ہوئی تھیں شروع ہوئے تھے۔ کثیر خانہ دار دویری غدی سلعات (multilocular cyst-adenomata) بہت شاذ طور پر مہبل میں پائے
396 جاتے ہیں' نیز گاہے گاہے ایسے چھوٹے چھوٹے دویرے بھی پائے جاتے ہیں جن کا استر درحلمی ہوتا ہے' اور یہ بلاشبہ تقسیع عروق لمف سے پیدا ہوتے ہیں۔ اگرچہ فلوپی نلیوں کی طرح مہبل میں بھی طبعی طور پر کوئی غدد نہیں پائے جاتے' لیکن التہاب کے زیر اثر سرحلمہ کی قاعدی تہ سے خلیات ٹھوس زائدوں کی شکل میں نیچے کی طرف بڑھ جاتے ہیں جن سے آخر کار غدی انبیبات طیار ہو سکتے ہیں۔ ان کاذب غدد سے چھوٹے چھوٹے دویرے پیدا ہو جاتے ہیں' جو اس قدر کثیر التعداد ہوتے ہیں کہ مہبل کی تمام سطح ان سے جڑی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ یہ حالت اس انتہائی درجہ کی شکل میں بہت ہی شاذ طور پر پائی جاتی ہے' اور بونی (Bonny) اور گلنڈننگ (Glendinning) نے اسکو غدی سلعیت مہبل (adenomatosis vaginæ) کے نام سے موسوم کیا ہے۔ یہ دویرے عموماً قلیل تعداد میں یا منفرد مثالوں میں پائے جاتے ہیں' اور بالعموم مہبل کے بالائی ثلث میں دیکھنے میں آتے ہیں' اور ان کے ساتھ عنق رحم کا التہاب عام طور پر پایا جاتا ہے۔

علامات اور علاج۔ مہبلی دویروں سے صرف میکانی الاصل علامات پیدا ہوتے ہیں، بعض اوقات یہ فرج سے بروز کر آتے ہیں جس سے بے آرامی یا عزقی درد (bearing-down pain) پیدا ہو جاتا ہے، اور یا مجامعت میں دقت پیش آتی ہے۔ ان کا تدارک جراحی طور پر جزوی یا مکمل اخراج سے کیا جاتا ہے۔

مہبل کے لیفی عضلی سلعات (Vaginal Fibromyomata) دویروں کی نسبت بہت قلیل الوقوع ہیں۔ ساخت اور منظر میں یہ رحم کے لیفیوں (fibroids) کے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن ان میں عضلہ کی مقدار نسبتہً کم ہوتی ہے۔ یہ شاذ و نادر ہی کرکٹ کے گیند کے برابر بڑے ہوتے ہیں، اور بیشتر ساقچہ دار ہوتے ہیں، اور موخر دیوار کی نسبت مقدم دیوار میں بہت زیادہ کثرت سے دیکھنے میں آتے ہیں، اور رحم کے لیفیوں کے خلاف یہ بالعموم تنہا ہوتے ہیں۔ ان سے صرف میکانی الاصل علامات ہی پیدا ہوتے ہیں، اور ان کو بذریعہ انقاف (enucleation) دور کیا جا سکتا ہے۔

مہبل کے حلمی سلعات (Vaginal Papilloma)۔ سٹریکن (Strachan) نے ایسے سلیم سعدانوں (polypi) کا اندراج کیا ہے جن کی ساخت حلمی سلعات کی تھی، اور جو شیر خوار بچوں کی مہبل میں پائے گئے[1]۔ جن دو اصابات کا اس نے ذکر کیا ہے ان میں سے ہر ایک میں سعدانہ مہبل کی مقدم دیوار سے مبال سے نصف انچ اوپر پیدا ہوا تھا، اور فرج میں بروز کرتا تھا۔ التہابی اصل کے مہبلی حلمی سلعات فرج پر کے "زہراوی مسوں" ("venereal warts") کے ہمراہ اکثر پائے جاتے ہیں۔

سلوی سرطانات (سلوی سرحلمی سلعہ : Chorionepithelioma)۔ یہ نادر الوقوع مرض مہبل میں ابتدائی طور پر واقع ہو سکتا ہے، لیکن عام طور پر یہ رحم کی کسی متناظر بالیدہ سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے۔ برکلے (Berkeley) نے مہبل کے ابتدائی سلوی سرطان کے ایک اصابہ کا اندراج کیا ہے، اور ہم نے بھی ایک اصابہ کا مشاہدہ کیا ہے جس میں بالیدہ کے دور کرنے کے بعد مرض نے چند سال تک عود نہیں کیا۔ یہ سلعہ ارغوانی

---

[1] "Benign Polypi of the Vagina in Infants": Gilbert Strachan *Proc. Roy. Soc. Med.*, Vol. XIX., No. 7, p. 78, May, 1926.

کرہ یچیہ کا سا معلوم ہوتا ہے، اور علقیت یافتہ ورید کے مشابہ ہوتا ہے۔ جب یہ ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے تو ایک سے زائد سروحات موجود ہوتے ہیں۔ یہ بالیدیں انتہا درجہ کی کثیر العروق ہوتی ہیں اور چھونے پر ان سے خون بکثرت بہنا شروع ہوجاتا ہے۔ یہ معلوم ہوچکا ہے کہ ابتدائی سلوی سرطان از خود غائب ہوجاتا ہے۔

مہبل کا سرطانی سلعہ (Carcinoma of the Vagina)- مہبل میں سرطان ابتدائی یا ثانوی بالید کی شکل میں پایا جاتا ہے۔

ابتدائی سرطان نادر الوقوع ہے، اور یہ بالعموم معمر عورتوں میں پایا جاتا ہے، اگرچہ چند اصابات میں یہ پچیس اور تیس سال کی عمر کے درمیان بھی دیکھنے میں آیا ہے۔ یہ معقول فرزجہ سے پیدا شدہ دیرینہ خراش کے بعد بھی پیدا ہوا ہے، اور گاہے گاہے دیوار ہائے مہبل کے سقوط کو بھی پیچیدہ کر دیتا ہے (دیکھو شکل ۲۴۳)۔ کثیر التعداد مثالوں میں یہ مرض مہبل کی موخر دیوار میں تصلب کے ایک گول واضح الحدود رقبہ کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ یہ تمام سمتوں میں بڑھتا جاتا ہے، اور اس کی سطح کا میلان تقرح کی طرف ہوتا ہے۔ مرض کے کئی ایک فضلات دیکھنے میں آتے ہیں جو بظاہر منفرد معلوم ہوتے ہیں۔ یہ تحت سطحی عروق لمف میں خبیث خلیات کے نفوذ کرنے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ یہ بالید بعض اوقات قنال مہبل کے گرد 397 پائی جاتی ہے اور اس سے ایک حلقہ نما تضیق پیدا ہوجاتا ہے، اور نزد مہبلی خلوی بافت اوائل مرض ہی میں در رفتہ ہوجاتی ہے۔ جب مہبل کا زیریں ثلث ماؤف ہوتا ہے تو غدد کے سطحی اربی (superficial inguinal) سلسلہ کا فوقانی گروہ در رفتہ ہوسکتا ہے۔ مہبل کے بقیہ حصہ کے عروق لمف زیادہ تر داخلی حرقفی (internal iliac) غدد کے تحتانی گروہ میں داخل ہوتے ہیں، لیکن سب سے اوپر کے حصہ کے چند عروق عنق کے عروق لمف سے مل جاتے ہیں، اور حرقفی غدد کے فوقانی گروہ میں داخل ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ 67)۔ سرطان مہبل کے متاخر مدارج میں مستقیمی ناسور اکثر پیدا ہوجاتا ہے، اور مثانی ناسور بھی بن سکتا ہے، لیکن یہ بہت نادر الوقوع ہے۔ نسیجیاتی نقطۂ نظر سے اس بالید کے مناظر عام طور پر فلسانی خلیہ دار سرطانی سلعہ (squamous-celled carcinoma) کے معمولی مناظر کے سے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۴۴)۔

جی۔ سٹریکین[۱] (G. Strachan) نے حال ہی میں مہبل کے ابتدائی غدی سرطانی سلعہ (primary adeno-carcinoma) کے دو اصابات کا ذکر کیا ہے۔ ان میں مرض دو عورتوں میں نمودار ہُوا تھا جن کی عمر فرداً فرداً چوّن اور چالیس سال کی تھی۔ اس نے اس محل میں غدی سرطانی سلعہ کے نمو کو اُن خاطی (aberrant) یا دگر مقامی (heterotopic) عنقی غدد کے ساتھ منسوب کیا ہے جو مہبل میں گاہے گاہے موجود ہوتے ہیں۔ بونی اور گلنڈننگ نے سنہ ۱۹۱۰ء میں



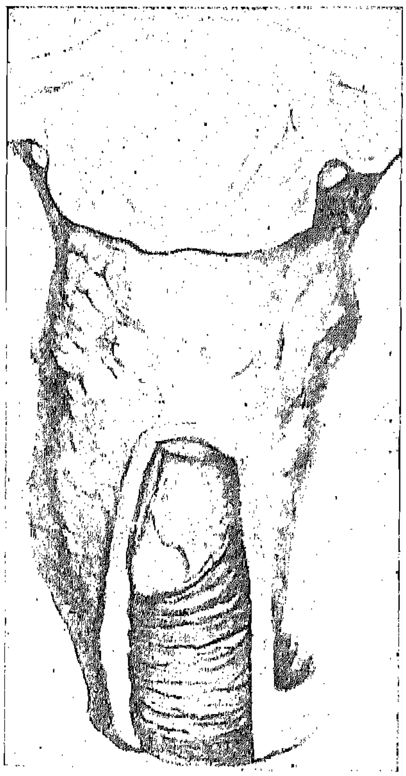
شکل ۲۳۱۔ مہبل کا ابتدائی غدی سرطانی سلعہ (Primary Adeno-carcinoma) (گلبرٹ آئی سٹریکین : Gilbert I. Strachan)۔

مہبل کی منتشر غدی سلعیت (diffuse adenomatosis) کی ایک نادر الوقوع حالت کا ذکر کیا تھا اور ہالٹین (Haultain) نے سنہ ۱۹۱۱ء میں غدی سلعیت کے اسی قسم کے ایک اصابہ کا بیان شائع کیا تھا جس میں پندرہ سال کے اختتام پر غدی سرطانی سلعہ میں تبدیل ہونے کے اثارات ظاہر ہو گئے تھے۔

---

[۱] *Proc. Roy. Soc. Med.*, Vol. XXV., No. 4, June, 1932.

ثانوی سرطان اس سے زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے، اور یہ بعض اوقات سرطانِ عنق
یا سرطانِ معائے مستقیم کی توسیع سے پیدا ہوتا ہے۔ ہم نے مہبل کے ایسی قسم کے سرایتی غدی سلعہ
(metastatic adeno-carcinoma) کے دو اصابات کا مشاہدہ کیا ہے جو بیض کی 898



شکل ۲۳۲- مہبل کا ابتدائی فلسانی خلیہ دار سرطان (Primary Squamous-celled Cancer)- اس شکل میں ایک رحم اور مہبل دکھائے گئے ہیں جو شکمی عجانی عملیہ سے علیحدہ کئے گئے تھے۔ مہبل کی مقدم دیوار پر موخر دیوار پر کی بالید کو منکشف کرنے کے لئے شگاف دیا گیا ہے۔ (جامعۂ برمنگھم کے ایک نمونہ سے۔)

ابتدائی بالید سے ثانوی طور پر پیدا ہوئے تھے، اور یہ ایک تعجب خیز امر ہے کہ یہ بالید دو بہنوں
میں پیدا ہوئی تھی۔ ایک اور مثال کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جس میں مرض قلوبی نلی کے سرطان سے

ثانوی طور پر پیدا ہوا تھا، اور ڈورین (Doran) نے مہبل کے ایک خبیث فوق کلوی سلعہ (malignant hypernephroma) کے ایک اصابہ کا اندراج کیا ہے جو گردہ کی بالید سے ثانوی طور پر پیدا ہوا تھا۔

اس سرطان کے علامات سرطانِ عنق کے علامات سے تمیز نہیں کیے جا سکتے۔ (دیکھو صفحہ 533)، مگر مقدار نزف قلیل ہوتی ہے، اور اصبعی امتحان سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ مہبل محل بالید ہے، اور عنق بالید کی بالائی حد سے زیادہ اونچے لیول پر اور بالکل غیر متاثر ہوتی ہے۔ گرد مہبلی خلوی بافتوں کے ماؤف ہونے کی وجہ سے مہبل کی تثبیت اوائل مرض ہی میں واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ ابتدائی مدارج میں سالم مہبل اور رحم کو ایک ہی تودہ کی شکل میں نکال کر دور کیا جا سکتا ہے۔ یہ استیصال یا تو نیچے سے کیا جاتا ہے اور یا متعدد شکمی عجانی عملیہ سے انجام دیا جاتا ہے جیسا کہ معائے مستقیم کے سرطان کی حالت میں کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۳۲)۔ اگر خلوی بافت ماؤف ہو چکی ہو تو یہ شدید عملیہ ناقابل عمل ہوتا ہے۔ بعض حال میں مہبل کے سرطانی سلعہ کا علاج ریڈیم سے یا ریڈیم اور عمیق لاشعاعی معالجہ سے کامیابی سے کیا جا چکا ہے۔ جہاں تک عودِ مرض کا تعلق ہے انذار بالعموم ناموافق تصور کیا جاتا ہے۔

سلعہ لحمیہ (Sarcoma)۔ مہبل کا سلعہ لحمیہ نہایت نادر الوقوع ہے، اور یہ سرطان سے بھی زیادہ قلیل الوقوع ہے۔

بچوں میں ویسا ہی آبلہ نما (vesicular) یا "انگور نما" ("grape-like") سلعہ لحمیہ پایا جاتا ہے جیسا کہ عنق میں دیکھنے میں آتا ہے ("عنقودی سلعہ لحمیہ" "Sarcoma botryoides")۔ اصابات کی زیادہ تر تعداد ایک سال سے لیکر تین سال تک کے بچوں میں دیکھنے میں آتی ہے۔ آبلہ نما تودوں سے مہبل پُر ہو جاتی ہے، اور بعض اوقات یہ فرج پر بروز کر آتے ہیں۔

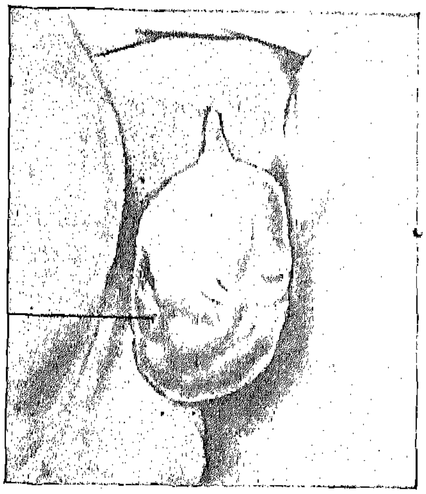
بالغ عورتوں میں مہبل کا سلعہ لحمیہ سن بلوغ سے لیکر انتہائی پیرانہ سالی تک کسی وقت بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ محاط یا انتشاری کوئی ایک شکل اختیار کر لیتا ہے۔ موخر الذکر شکل میں بالید تمام قنال کے گرد پھیل جاتی ہے، اور درونہ میں معتدبہ تنگی پیدا ہو جاتی ہے۔

جیلٹ (Jellette) نے ۱۹۰۸ء میں مہبل کے ابتدائی سلعہ لحمیہ کے انتالیس اصابات کے معطیات جمع کیے۔ ان میں سے اکثر میں بالید مہبل کی مقدم دیوار پر واقع تھی۔ خود جیلٹ کے اصابہ میں یہ دہنۂ مہبل کے گرداگرد پھیل چکی تھی۔ اکثر بالیدیں دُوکی خلیات سے مرکب تھیں،

اور ان میں سے چھ غالباً درحلمی سلعات (endotheliomata) تھے۔

مذکورہ بالا اصابات کا مطالعہ کرنے سے یہ ظاہر ہوتا تھا کہ مہبل کے سلعہ لحمیہ کا انذار خطرناک ہے۔ لیکن چھ اصابات میں جن میں جبلیٹ کا اصابہ بھی شامل ہے مرض نے کئی ایک سال تک عود نہیں کیا۔

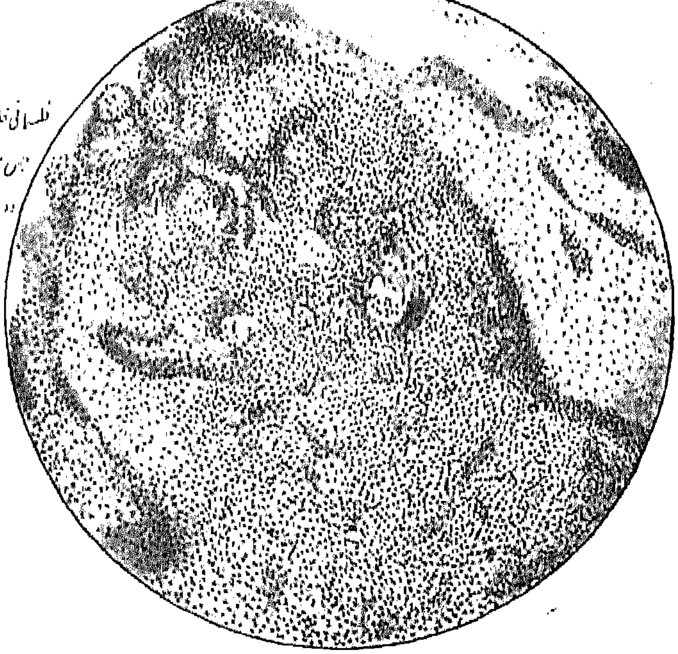
399 درحلمی سلعہ (Endothelioma)۔ ابتدائی درحلمی سلعہ مہبل میں واقع ہوتا ہے



شکل ۲۳۳۔ مہبل کا سرحلمی سلعہ (Epithelioma)
جس سے رحم کا مکمل سقوط پیچیدہ ہو گیا تھا۔
یہ سلعہ ۶۲ سال کی ایک مریضہ میں دیکھا گیا تھا۔
(وائٹ ہوس)۔

مگر اپنے مبہم نسیجیاتی خصائص کی وجہ سے یہ بعض اوقات سلعہ لحمیہ اور بعض اوقات سرطان تشخیص کر لیا جاتا ہے۔ جبلیٹ نے ۱۹۰۷ء میں ایک اصابہ کا اندراج کیا تھا جس میں بالبید مقدم فیوہ میں کثیر التعداد مرتفع رقبہ جات کی شکل میں ظاہر ہوئی تھی۔ ان رقبہ جات میں تقرح شروع ہو گیا تھا اور چھونے پر ان سے خون بہتا تھا۔ سریری نقطہ نظر سے

یہ ایک دروں عنقی سرطان کے امکانی توسیعات تصور کئے جاتے تھے۔ نسیجیاتی نقطۂ نظر سے نسیج عروق لمف کا منظر جن کے گرد متکاثر درحلمہ کے تودے موجود تھے تکون غدہ کے مشابہ دکھائی دیتا ہے۔



شکل ۲۳۴۔ مہبل کا ابتدائی فلسانی خلیہ دار سرطان (Primary -Squamous-celled Cancer)

400 سلعہ لحمیہ اور درحلمی سلعہ اپنے علامات اور عمومی خصائص کے لحاظ سے سرطان کے مشابہ ہیں۔ نسیجیاتی امتحان پر وہی منظر دکھائی دیتا ہے جو ان کا جسم کے دیگر حصوں میں ہوتا ہے۔ صرف اس علاج کے مفید ثابت ہونے کا امکان ہے کہ تمام مہبل کا رحم کے ساتھ آزادانہ استیصال کر دیا جائے ریڈیم کا استعمال کیا جائے، اور کولائڈی سیسہ کے مرکبات کی بھی آزمائش کی جائے۔

(ریڈیم سے علاج کرنے کی تفصیلات کیلئے دیکھو صفحات 541 تا 560)۔

صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۰ فہرست صفحہ جات	۱۹	بیاض سطحیتی	بیاضی سطحیتی
۱۰	۱۴	comartment)	compartment)
۶۳	۱۹		ذرا آتی تہ
۶۷	۸	cells,	cell)
۶۸	۱	غشائی لیوٹینی	غلافی لیوٹینی
۱۱۰	۷	لا	لا۴
۱۱۱	۸	لآ	لا
۱۳۰	۱۲	بافتوں	ساختوں
۱۵۰	۲۵	داخل	دخل
۱۵۸	۸	چھٹے دن	چھ دن بعد
۲۰۱	۲۰	'monsal:	'monsol:
//	۲۱	(Dittal	(Dittol

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۲۰۴	۴	میبونھی	نیبونھ
۲۷۱	۱۹	قطرہ)-	قطرہ) ایکیلا یا ارگٹ کے ساتھ ارگو ایپیال کی شکل میں-
۲۷۹	۱۳	'(metropathica	'(metropathia
۲۸۰	۱	"	"
۲۹۱	۲۲	دروں رحمی	در رحمی
۳۰۶	۲	W. G. I.	W. C. I.
۳۱۶	۵	تغیر تغیرات	تغیرات
۳۴۰	۲۰	فرزجہ	فرزجہ
۴۲۲	۲۵	تقطیعی دروں رحمی التہاب	تقطیعی التہاب الرحم
۴۷۸	۲	دائمی در دِ حیض	دائمی دردِ حوض
۴۸۱	۲۴	سوزاکی عفونت الدم	سوزاک نیقی عفونت الدم
۴۸۳	۲۵	(seudo-	(pseudo
۴۸۴	۲۴	سوزاکی جدرین	سوزاک نیقی جدرین
۵۱۱	۵	ابنشاری	انتشاری
۵۳۱	۹	مشل	مشتمل
۵۸۴	۳	بیاض سطحیتی التہاب فرج	بیاضی سطحیتی التہاب فرج

صحت نامه

صحیفه	سطر	غلط	صحیح
۳	۷	مخل	نخل
۴	۳۳	بیاض	بیاضی
۹	۲۲	الهاب	التهاب
۱۹	۱۴	نشوهات	تشوهات
۲۴	۱	بسلسهٔ	بسلسلهٔ
۲۴	۳۱	معس	معین
۲۶	۳۸	Pervi-oophoritis	Peri-oophoritis
۲۷	۱۴	vagi	vagi-

اشاریہ

امراض النسا

جلد اول

DUE DATE

	٣٣	١٣٩	